|  |
| --- |
| N° 10008\*02 |

 MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | 1 - **ENFANT** NOM : **Cliquez ici**  |
| PRÉNOM : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| DATE DE NAISSANCE : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| GARÇON [ ]  FILLE [ ]  |

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : Cliquez ici pour entrer du texte.

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

1. - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS** | **oui** | **non** | **DATES DES** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| **OBLIGATOIRES** |  |  | **DERNIERS RAPPELS** |  |  |
| Diphtérie | [ ]  | [ ]  | **Cliquez ici**  | Hépatite B | **Cliquez ici**  |
| Tétanos | [ ]  | [ ]  | **Cliquez ici**  | Rubéole-Oreillons-Rougeole | **Cliquez ici**  |
| Poliomyélite | [ ]  | [ ]  | **Cliquez ici**  | Coqueluche | **Cliquez ici**  |
| **Ou** DT polio | [ ]  | [ ]  | **Cliquez ici**  | Autres (préciser) | **Cliquez ici**  |
| **Ou** Tétracoq | [ ]  | [ ]  | **Cliquez ici**  | **Cliquez ici**  | **Cliquez ici**  |
| BCG | [ ]  | [ ]  | **Cliquez ici**  | **Cliquez ici**  | **Cliquez ici**  |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

1. - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui [ ]  Non [ ]

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants ***(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)***

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OUI | [ ]  |  | NON | [ ]  |

 | VARICELLE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OUI | [ ]  |  | NON | [ ]  |

 | ANGINE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OUI | [ ]  |  | NON | [ ]  |

 | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OUI | [ ]  |  | NON | [ ]  |

 | SCARLATINE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OUI | [ ]  |  | NON | [ ]  |

 |
| COQUELUCHE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OUI | [ ]  |  | NON | [ ]  |

 | OTITE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OUI | [ ]  |  | NON | [ ]  |

 | ROUGEOLE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OUI | [ ]  |  | NON | [ ]  |

 | OREILLONS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OUI | [ ]  |  | NON | [ ]  |

 |  |

 **ALLERGIES** : ASTHME [ ]  oui [ ]  non

MÉDICAMENTEUSES [ ]  oui [ ]  non

ALIMENTAIRES [ ]  oui [ ]  non AUTRES Cliquez ici pour entrer du texte.

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

Cliquez ici pour entrer du texte.

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

Cliquez ici pour entrer du texte.

1. - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC… PRÉCISEZ.

Cliquez ici pour entrer du texte.

1. - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM Cliquez ici pour entrer du texte. PRÉNOM. Cliquez ici pour entrer du texte.

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR Cliquez ici pour entrer du texte.

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : Cliquez ici pour entrer du texte. BUREAU : Cliquez ici pour entrer du texte.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) Cliquez ici pour entrer du texte.

*Je soussigné,* Cliquez ici pour entrer du texte. *responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Cliquez ici pour entrer du texte. Signature : Cliquez ici pour entrer du texte.

# A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

Mr Le Maire, Gérard ALLIERI, Mairie de Lexy, 2 bis rue de Longwy, 54720 Lexy

**OBSERVATIONS :**