|  |
| --- |
| 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 :**