

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Afin de préparer au mieux le séjour de votre enfant, merci de remplir les pages suivantes :

ENFANT	NOM : _____ <input type="checkbox"/> Féminin
	Prénom : _____ <input type="checkbox"/> Masculin
	Date de naissance : __/__/__

Dates du séjour \_\_/\_\_/\_\_ au \_\_/\_\_/\_\_

### VACCINATIONS

Vaccins obligatoires à jour : Diphtérie, Tétanos, Polio  
Joindre la copie du carnet de santé

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication**

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale (représentant légal) : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

Tél portable : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Tél travail : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Tél fixe : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Mail \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Je soussigné (père, mère, tuteur : rayer la mention inutile), \_\_\_\_\_ 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 (hospitalisation, traitement médical, traitement chirurgical) rendues  
nécessaires par l'état de santé.

Date :

Signature

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : (entourer la réponse qui convient)

Votre enfant porte-il des lunettes ? OUI NON

L'enfant suivra-t-il un traitement pendant le séjour ? OUI NON

Lequel : \_\_\_\_\_

Si oui, merci de joindre l'ordonnance lors de l'arrivée à l'assistant sanitaire du séjour, avec les médicaments correspondant dans les boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant.

**AUCUN MEDICAMENT NE SERA DONNE SANS ORDONNANCE**

Enurésie nuit (incontinence) ? OUI NON

Gestion habituelle : \_\_\_\_\_

### PROBLEMES DE SANTE : (entourer la réponse qui convient)

➤ **HOSPITALISATION** : OUI NON

Motif : \_\_\_\_\_

**ALLERGIES** : OUI (Protocole à joindre avec la fiche) NON

Lesquelles : \_\_\_\_\_

➤ **PROBLEMES VISUELS/AUDITIFS** OUI NON

Correction apportée : \_\_\_\_\_

➤ **DIFFICULTES PHYSIQUES**

Lesquelles : \_\_\_\_\_

Suivi par un spécialiste : \_\_\_\_\_

Matériel adapté : \_\_\_\_\_

➤ **DIFFICULTES PSYCHIQUES**

Traitement : OUI NON

Lequel : \_\_\_\_\_

Suivi par un spécialiste, un centre adapté : OUI NON

Si oui, merci de préciser : \_\_\_\_\_

Si vous le souhaitez, nous vous proposons de nous partager des informations supplémentaires sur l'environnement de votre enfant (familial, scolaire, ...) qui nous seraient utiles pour améliorer son accueil :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En cas de contre-indication pour un sport ou une activité ou un autre problème, un certificat médical est obligatoire. En cas d'absence, votre enfant est considéré comme apte.

### **PARTAGE D'INFORMATIONS**

Nous vous informons que pour une question de sécurité de votre enfant, l'équipe encadrante partagera, selon la nécessité, les informations figurant sur cette fiche.