



# Fiche sanitaire de liaison

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Fille  Garçon

Cet imprimé est à remplir et A RENVoyer IMPERATIVEMENT A L'ORGANISATEUR DU SEJOUR au minimum une semaine avant le début du séjour, ou exceptionnellement à remettre au directeur dès votre arrivée, dernier délai !

EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCUEILLI SUR LE SEJOUR

SEJOUR :

## VACCINATIONS

Joindre les photocopies des vaccinations du carnet de santé

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

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ                               | SCARLATINE  |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | OREILLONS   |   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |   |

ALLERGIES : ASTHME      oui  non

MEDICAMENTEUSES      oui  non

ALIMENTAIRES      oui  non

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

(si automédication, le signaler et joindre OBLIGATOIREMENT l'ordonnance informant cette automédication)

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION,...) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui  Occasionnellement  Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui  Non

Consignes particulières :

*Si l'enfant doit prendre un médicament, il est OBLIGATOIRE qu'il présente un accord du médecin même pour une automédication*

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LENTILLES : Oui  Non

DES LUNETTES : Oui  Non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui  Non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : Oui  Non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

**AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)**

## AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

**A remplir par les parents. En l'absence de ce document, votre enfant ne pourra être accueilli sur le séjour.**

Je soussigné(e)

Adresse

Code Postal  Ville  Pays  Tél portable

N° Sécurité Sociale  Tél domicile  Tél bureau

**Autorise les responsables à faire donner à mon enfant**

**tous les soins médicaux nécessaires si son état le nécessite, y compris intervention chirurgicale, anesthésie générale, transfusion sanguine, après consultation du médecin et/ou des services d'urgence.**

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :

Nom  Lien de parenté

Adresse  Code postal  Ville

Tél portable  Tél domicile  Tél bureau

**Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés pour mon compte.**

**Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :