MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

1 N° 10008'02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON
# ANNEE 2022/2023

**1 - ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : __

GARÇON ☐ FILLE ☐

## Stage d'été de Méaudre, du 03 au 07 juillet 2022

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Vous pouvez nous joindre une photocopie des vaccins.

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

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

**3** - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui ☐ Non ☐

**L'enfant a-t-il un PAI ?** Oui ☐ Non ☐

**Si oui,** joindre une **ordonnance** récente, le **PAI** 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 | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | |

**ALLERGIES :** ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES .....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

4 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS V**OTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

**5** - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

---

## A **REMPLIR PAR LE DIRECTEUR (en cas de séjour) A L'ATTENTION DES FAMILLES**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....