

ENFANCE & JEUNESSE

Dans l'intérêt de l'enfant, toute modification ultérieure devra être signalée sans délai



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

<h2>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	1 - ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

Ecole fréquentée : _____	Classe : _____
Nom et Prénom du responsable légal : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur	

Adresse : _____	

Téléphone du domicile : _____	
Téléphone professionnel : _____	
Téléphone du conjoint : _____	
Adresse email : _____	

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

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** 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
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"/>	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"/>	

4 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT

Régime alimentaire de l'enfant

Tous aliments

Sans porc

Autre régime

Est-il allergique à certains aliments ? **(Certificat médical obligatoire)**

oui

non

Si oui, quels aliments lui sont interdits ? _____

*5 - Personnes à contacter en cas de problème si les parents sont absents (téléphone indispensable).
Indiquer de préférence les coordonnées de personnes proches géographiquement.*

Attention : signaler tout changement de numéro de téléphone (fixe ou mobile)

M _____ Téléphone : _____

Personne à contacter

Personne autorisée à récupérer l'enfant

M _____ Téléphone : _____

Personne à contacter

Personne autorisée à récupérer l'enfant

M _____ Téléphone : _____

Personne à contacter

Personne autorisée à récupérer l'enfant

Je soussigné(e) (NOM) : _____ (Prénom) _____

en qualité de père, mère, tuteur (*), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : _____

Signature

(*) Rayer la mention inutile