MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008\*02

1 – **ENFANT**

NOM:…………………………………………………...

PRÉNOM:……………………………………………..

DATE DE NAISSANCE:………………………….

GARÇON  FILLE 

**FICHE SANITAIRE**

 **DE LIAISON**

 **2024/2025**

***Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l’enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en Août 2025. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.***

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

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

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?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBEOLE** | **VARICELLE** | **ANGINE** | **OREILLONS** | **SCARLATINE** |
| oui non | oui non | oui non | oui non | oui non |
| **COQUELUCHE** | **OTITE** | **ROUGEOLE** | **RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ** |
| oui non | oui non | oui non | oui non |

**Allergies : ASTHME :** oui non **ALIMENTAIRES :** oui non **MEDICAMENTEUSES :** oui non

AUTRES**………………………………………………………………………………………………**

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)…………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................................

**En cas de régime alimentaire, précisez** (sans porc) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Indiquez ci-après:**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération,rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Recommandations utiles des parents:**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**BAIGNADE :** SAIT NAGER □ SE DEBROUILLE □ NE SAIT PAS NAGER □

**Observations diverses :** ………………………………………..........................................................................................................................................................................................................................

**4** - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM :……………………………………………..PRÉNOM………………………………………….

ADRESSE…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Numéros de téléphone : ………………………………………………………………………………

Mère / domicile :………………………………… Portable / travail : …………………………….

Père / domicile : ……………………………….... Portable / travail : …………………………….

Je soussigné(e), 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.

J’autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l’hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom: …………………………………………… Tél :…………………………………………………

**N° de sécurité sociale de l’enfant** : ……………………………............................................

A: ……………………………………………… Le, ………………………………………………..

Signature :