

A remettre le jour d'arrivée à l'organisateur du séjour

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Selon le CERFA n°10008*02 du Ministère de la Jeunesse et des Sports

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1- ENFANT

NOM : ----- PRENOM : -----

DATE DE NAISSANCE : ----- FILLE : ----- GARCON : -----

2- VACCINATIONS

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates des derniers rappels |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole Oreillons Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétra coq | | | | | |
| 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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui : ----- Non : -----

Si oui, joindre une ordonnance 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 eu les maladies suivantes : répondre par oui ou par non

| | | | | |
|-------------------|------------------|-----------------|------------------------------------|-------------------|
| Rubéole | Varicelle | Angine | Rhumatisme articulaire aigu | Scarlatine |
| | | | | |
| Coqueluche | Otite | Rougeole | Oreillons | |
| | | | | |

Allergies :

| Asthme | Alimentaires | Médicamenteuses | Autres |
|--------|--------------|-----------------|--------|
| | | | |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

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

5- RESPONSABLE (S) DE L'ENFANT

Nom et prénom : -----

Adresse (pendant le séjour) : -----

Tél fixe et portable : -----

Nom et adresse du médecin traitant (facultatif) : -----

Je soussigné, ----- responsable légale 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.

Date : ----- Signature (s) :

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR

Mme TREDEMY Laetitia, 06.12.17.73.29

