



### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT  
 NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ GARCON  FILLE   
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : Centre de vacances Berry-Tudy – 29980 Ile Tudy- du \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ /2019

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 -**VACCINATIONS** (Joindre **OBLIGATOIREMENT** la photocopie de la page des vaccinations du carnet de santé).

- ✓ **Vaccinations obligatoires** : Diphtérie, Tétanos, BCG, Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq
- ✓ **Vaccinations recommandées** : Hépatite B, Rubéole -Oreillon- Rougeole, Coqueluche

SIL'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 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

LIEN DE PARENTÉ .....

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE DOMICILE : ..... BUREAU : .....

TÉL. 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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

Cadre réservé aux responsables du séjour. Ne pas écrire. Merci !

#### Notes concernant votre enfant au cours de son séjour.

	ARRIVEE	DEPART		ARRIVEE	DEPART
Taille			Poux	oui	non
Poids				oui	non

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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**

(HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**5 -RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
 .....  
 .....

**6 -REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (ALLERGIE, SANS PORC, VEGETARIEN...)**

.....  
 .....

Complément d'informations

Régime de sécurité sociale affilié			
CPAM <input type="checkbox"/>	CMU <input type="checkbox"/>	MSA <input type="checkbox"/>	MGEN <input type="checkbox"/>
Nom de la mutuelle couvrant votre enfant :			