

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Garçon  Fille

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

DATES ET LIEU DU SEJOUR : Centre de vacances Berry-Tudy – 29980 Ile Tudy – du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2020

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE VOTRE ENFANT.

ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

### 2 – VACCINATIONS (joindre OBLIGATOIREMENT la photocopie de la page des vaccinations du carnet de santé).

- ✓ Vaccinations obligatoires : Diphtérie, Tétanos, BCG, Polyomélite ou DT Polio ou Tétracoq
- ✓ Vaccinations recommandées : Hépatite B, Rubéoles – Oreillon – Rougeole, Coqueluche

SI L'ENFANT N'A PAS DE VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION / LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

### 3 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

LIEN DE PARENTE : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) : .....

TEL FIXE DOMICILE : ..... TEL PROFESSIONNEL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL DU MEDECIN 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							
	Arrivée	Départ		Arrivée		Départ	
Taille			Poux	Oui	Non	Oui	Non
Poids							

**4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire aigüe		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"/>		

**ALLERGIES : ASTHME :** OUI  NON  **MEDICAMENTEUSE :** OUI  NON

**ALIMENTAIRES :** OUI  NON  **AUTRES :** .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE**

HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION, EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....

.....

.....

.....

**5 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

Compléments d'informations

REGIME DE SECURITE SOCIALE AFFILIE			
CPAM <input type="checkbox"/>	CMU <input type="checkbox"/>	MSA <input type="checkbox"/>	MGEN <input type="checkbox"/>
Nom de la mutuelle couvrant votre enfant :			