

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION, L'ATTESTATION DE DROITS DE SECURITE SOCIALE ET LES ORDONNANCES EVENTUELLES**

Séjour au Centre de vacances Berry-Tudy – 29980 Île-Tudy du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 202\_

*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.*

### **ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Numéro de sécurité sociale de l'enfant : \_\_\_\_\_

**REGIME DE SECURITE SOCIALE AFFILIE** (joindre **OBLIGATOIREMENT** l'attestation de droits de sécurité sociale)

CPAM  CMU  MSA  MGEN  Autre : \_\_\_\_\_

Complémentaire de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom et tél du médecin traitant (facultatif) : \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS** (joindre **OBLIGATOIREMENT** la photocopie des pages de vaccination 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 médical de contre-indication.

A noter : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

LIEN DE PARENTE : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse pendant le séjour : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 :

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

→ 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 aiguë		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...)**

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