

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Garçon Fille

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Centre de vacances Berry-Tudy – 29980 Ile Tudy **Séjour du** ____ / ____ / 2025 **au** ____ / ____ / 2025

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

ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

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"/>								
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
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 :			