



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024 - 2025

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du jeune; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2024 Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.**

## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

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.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

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 marqués au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

## Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui non	oui non	oui non	oui non	

**Allergies** : **ASTHME** oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MEDICAMENTEUSES** 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** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

---

Votre enfant mouille-t-il son lit ?    oui        non        parfois   

**Recommandations utiles des parents :**

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

---

---

---

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ?    oui        non   

**Observations diverses :**

---

---

**Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale du jeune :** \_\_\_\_\_

**4 - RESPONSABLE DU JEUNE**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal du jeune, 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNEES DU RESPONSABLE DU SEJOUR

---

---