

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des familles

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE</h2> <h3 style="margin: 0;">DE LIAISON</h3> <p style="margin: 10px 0;">Lieu et dates du stage :</p> <p style="margin: 0 0 10px 0;">.....</p> <p style="margin: 0 0 10px 0;">du/...../20..... au/...../20.....</p>	<p>1- ENFANT</p> <p>NOM :</p> <p>PRENOM :</p> <p>NE(E) LE :</p> <p><input type="checkbox"/> GARCON <input type="checkbox"/> FILLE</p>
--	---

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour. Ce document ne concerne que le stage cité précédemment. Il sera détruit à l'issue du séjour.

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication. **Attention** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3- 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 (**médicaments dans leurs boîtes 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 : (barrez la mauvaise réponse).

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

Régime alimentaire spécifique : oui non

Précisez

Allergies : (barrez la mauvaise réponse)

ASTHME oui non	ALIMENTAIRES oui non	MÉDICAMENTEUSES 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**.

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

Recommandations utiles des parents :

(Lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires...)

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

Observations diverses :

.....
.....

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphones :

Père : Portable Travail

Mère : Portable Travail

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

Médecin traitant :

Nom Prénom : Tél :

N° sécurité social de l'enfant :

Date :

Signature :