



## Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

**Enfant :**  fille  garçon Date de naissance : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

**Accueil :** ..... Dates du séjour : .....

séjour de vacances  accueil de loisirs  séjour dans une famille

Adresse : .....

.....

### I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | oui non |  | Dernier rappel | Vaccins recommandés | oui non |  | Date |
|----------------------|---------|--|----------------|---------------------|---------|--|------|
|                      |         |  |                |                     |         |  |      |
| Diphtérie            |         |  |                | Hépatite B          |         |  |      |
| Tétanos              |         |  |                | Rubéole             |         |  |      |
| Poliomyélite         |         |  |                | Coqueluche          |         |  |      |
| ou DT polio          |         |  |                | Autres (préciser)   |         |  |      |
| ou Tétracoq          |         |  |                |                     |         |  |      |
| B.C.G.               |         |  |                |                     |         |  |      |

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

**Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| Rubéole                                                   | Varicelle                                                 | Angine                                                    | Scarlatine                                                | Coqueluche                                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <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"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Otite                                                     | Rougeole                                                  | Oreillons                                                 | Rhumatisme articulaire aigu                               |                                                           |
| <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                              |

Allergies : médicamenteuses  oui  non  
alimentaires  oui  non

asthme  oui  non  
autres  oui  non

### Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

### III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ... ?

.....

### IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse pendant le séjour : .....

Tél. domicile : ..... travail : ..... portable : .....

Nom et tél. du médecin 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.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date : .....

### A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur : Loisirs et Plein Air – 17 rue d'Anjou – 49120 Ste Christine

Observations :

.....

.....

.....