

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. **ENFANT** NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 SEXE :  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

II. **VACCINATIONS** *Remplir à partir du carnet de santé, ou des certificats de vaccination de l'enfant :*

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPH TÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	RAPPELS		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
1er VACCIN	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
REVACCINATION	/ /	1er RAPPEL	/ /		/ /
	/ /		/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,  
 POURQUOI ?

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES
		/ /
		/ /

III. **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	VARICELLE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ANGINES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	RHUMATISMES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	SCARLATINE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	OTITES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ASTHME <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	OREILLONS <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?

NON

OUI

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

Coordonnées et numéro de  
téléphone du médecin traitant.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM :

PRÉNOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE TÉL.	DOMICILE	PORTABLE DE : .....	PORTABLE DE : .....	BUREAU
---------------	----------	---------------------	---------------------	--------

N° DE SECURITE SOCIALE

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Assurance / Mutuelle : joindre le numéro ou une photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile qui couvre l'enfant et de l'attestation de mutuelle complémentaire des parents.

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

Signature :

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

**Centre Cyclotouriste Les 4 vents**  
**63120 Aubusson d'Auvergne**

Cachet de l'Organisme



ARRIVÉE le **Samedi 07 / 07 / 2018**

DÉPART-le : **Dimanche 15 / 07 / 2018**

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN

(qui indiquera son nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR

(qui indiquera son nom et adresse)