



# Fiche sanitaire de liaison

NOM \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Cet imprimé est à remplir et A RENVoyer IMPERATIVEMENT A L'ORGANISATEUR au minimum une semaine avant le début des activités.  
EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCUEILLI SUR LES ACTIVITES.

## ANNÉE 2014-2015

### 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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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 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 ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ▲ NON ▲	OUI ▲ NON ▲	OUI ▲ NON ▲	OUI ▲ NON ▲	OUI ▲ NON ▲
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ▲ NON ▲	OUI ▲ NON ▲	OUI ▲ NON ▲	OUI ▲ NON ▲	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES.....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

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

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

L'enfant mouille-t-il son lit ?                    ▲ OUI                    ▲ Occasionnellement                    ▲ NON  
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?                    ▲ OUI                    ▲ NON

Consignes particulières \_\_\_\_\_

**Recommandations utiles des parents**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

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

**Autorisation de soins médicaux**

A remplir par les parents. **En l'absence de ce document votre enfant ne pourra pas être accueilli sur les activités.**

Je soussigné \_\_\_\_\_

(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_ Tél. bureau \_\_\_\_\_

**Autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur**

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

**En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :**

NOM \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_ Tél. bureau \_\_\_\_\_

**Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.**

**Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature** (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")