



N° 10008\*01

# 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, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

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

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

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

|                     | NATURE | DATES |
|---------------------|--------|-------|
| INJECTIONS DE SÉRUM |        | / /   |
|                     |        | / /   |

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT  
 L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

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

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

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOMS : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

---

N° DE SS | \_\_\_\_\_ | N° DE TÉL. | \_\_\_\_\_ | DOMICILE | \_\_\_\_\_ | BUREAU | \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : \_\_\_\_\_

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

Signature :

DATE : \_\_\_\_\_

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

---

---

---

---

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DÉPART LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN  (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR  (qui indiquera ses nom et adresse)

---

---

---

---