



## MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

**cerfa**  
N° 10008\*02

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON FILLE 

## DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou 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

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES 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.

---

---

---

---

## 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEEE ? oui  non

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  
 D'UNE PRISE EN CHARGE SS À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

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

Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

## **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné,..... Responsable légal de(s) l'enfant(s), désigné(s) ci-joint, autorise :

### **TRANSPORTS**

Mon (mes) enfant(s) à prendre tous les moyens de transports prévus dans l'organisation de l'accueil en respect du code de la route et de la législation en vigueur.  Oui  non

### **DROITS A L'IMAGE**

L'accueil de loisirs à utiliser les photos et vidéos de mon (mes) enfant(s) pour :

- les productions de l'Accueil de Loisirs (journal de bord, fresque,...)
- la presse locale
- le site internet de l'association

oui  non  
 oui  non  
 oui  non

### **URGENCES**

A faire soigner mon (mes) enfant(s), à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon (mes) enfant(s) sera (ont) transporté à l'hôpital de secteur par les services de secours.

Oui  non

Le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon ou mes enfants.

Oui  non

Le directeur de l'accueil de loisirs,

- en cas de maladie de mon ou mes enfants, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance  oui  non
- en cas de fièvre d'administrer, sous ma responsabilité, les antipyrrétiques selon les prescriptions du médecin traitant  oui  non

### **Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que parents) :**

Mr/Mme..... Téléphone : .....

Mr/Mme..... Téléphone : .....

### **SORTIE**

J'autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon (mes) enfant(s) si nécessaire à la sortie de la structure

NOM	Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Adresse	Téléphone

J'informe les personnes mentionnées ci-dessus qu'une pièce d'identité leur sera demandée.

J'autorise mon (mes) enfant(s).....à rentrer seul(s) à son (leur) domicile à l'issue de la journée d'accueil.

J'exonère le responsable de la structure de toute responsabilité sur mon (mes) enfant(s) après son (leur) départ de l'établissement.

**Signature du responsable légal**