



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

Cerfa

10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON ☐ FILLE ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole, Oreillons, Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				BCG	
OU Tétracoq				Autres (préciser)	

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 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Otite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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 prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....

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

L'enfant mouille-t-il son lit ? Non ☐ Occasionnellement ☐ Oui ☐

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Non ☐ Oui ☐

5 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom Prénom

Adresse (pendant le séjour) :

.....

Numéros de téléphone :

Mère : domicile Portable Travail

Père : domicile Portable Travail

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné(e) 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. J'autorise également, si nécessaire, le responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de Sécurité Sociale :

Fait à le

Signature du parent

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

.....
.....