

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

| L'ENFANT   | L'accueil  |
|--|--|
| NOM : _____  | Camp d'ados des Foyers Ruraux<br>du Sud Saulnois |
| PRÉNOM : _____   |  |
| DATE DE NAISSANCE : _____                                      |  |
| GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> | <u>Lieu du séjour</u>                            |
| Nom et téléphone du médecin traitant :                         | Blanche-Eglise et/ou Chambrey                    |

## 1 - VACCINATIONS *(joindre une copie du carnet de santé ou un certificat médical de vaccination).*

| VACCINS<br>OBLIGATOIRES                               | oui | non | DATES DES<br>DERNIERS RAPPELS | VACCINS<br>RECOMMANDÉS         | DATES |
|---|-----|-----|-------------------------------|--------------------------------|-------|
| Diphtérie   |     |     |                               | Hépatite B                     |       |
| Tétanos   |     |     |                               | Rubéole-Oreillons-<br>Rougeole |       |
| Poliomyélite <b>Ou</b> DT<br>polio <b>Ou</b> Tétracoq |     |     |                               | Coqueluche                     |       |
|   |     |     |                               | Autres (préciser)              |       |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

L'enfant est-il autorisé à fumer :      **OUI**      **NON**

## 2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? 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.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGÛ                            | SCARLATINE  |
| 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"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | OREILLONS   |   |
| 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"/> |   |

INDIQUEZ CI-APRES LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....

.....

.....

**ALLERGIES :**    **ASTHME**                    oui  non   
                  **MEDICAMENTEUSES**    oui  non   
                  **ALIMENTAIRES**            oui  non   
                  **AUTRES** .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

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

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :**    **DES LENTILLES :** oui  non   
  **DES LUNETTES :** oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant  
  **DES PROTHÈSES AUDITIVES :** oui  non   
  **DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE :** oui  non

**AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire, régime alimentaire...)**

.....  
.....

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**NOM** ..... **PRÉNOM** .....

**ADRESSE (pendant le séjour)** .....

**TÉL. FIXE ET PORTABLE :** ..... **BUREAU :** .....

*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.*

**Date :**                                  **Signature des parents :**

---

*A remplir à l'attention de la famille par le directeur ou l'organisateur*

**Observations :**

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