

# FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

**1/ ENFANT :** GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE: / /

NOM ..... PRENOM .....

**2/ VACCINATIONS** Fournir la copies des vaccins

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

**ATTENTION :** LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE 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 (dans leur emballage d'origine, avec la notice, marqués au nom de l'enfant.)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

**Allergies :** médicamenteuse  oui  non asthme  oui  non  
Alimentaire  oui  non autres  oui  non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si médication, le signaler) :

.....  
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

**4/ Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... ?

**5/ Responsable de l'enfant :**

Nom : ..... Prénom: .....

Adresse (pendant le séjour) : ..... code postal : .....

Ville : .....

Tél. domicile : / / / / Portable : / / / /

Travail : / / / /

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné(e), ..... responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

Signature :

Date :



Merci de nous prévenir pour tout changement concernant votre enfant.



**Coordonnées de l'organisateur :**

15 rue de la Gare  
71110 MARCIGNY  
03 85 25 34 52

bdciel-bleu@orange.fr (3-11 ans)

bdanimation.jeunesse@orange.fr (11-17 ans)