 MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

 Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008\*02

|  |  |
| --- | --- |
|  **FICHE SANITAIRE** **DE LIAISON** | 1 – **ENFANT**NOM :      PRÉNOM :      DATE DE NAISSANCE :      GARÇON [ ]  FILLE [ ]  |

**DATES ET LIEU DU SEJOUR :**

**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** | **DATES DES****DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie | [ ]  | [ ]  |       | 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBÉOLE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui | [ ]  |  | non | [ ]  |

 | **VARICELLE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui | [ ]  |  | non | [ ]  |

 | **ANGINE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui | [ ]  |  | non | [ ]  |

 | **RHUMATISME****ARTICULAIRE AIGÜ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui | [ ]  |  | non | [ ]  |

 | **SCARLATINE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui | [ ]  |  | non | [ ]  |

 |
| **COQUELUCHE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui | [ ]  |  | non | [ ]  |

 | **OTITE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui | [ ]  |  | non | [ ]  |

 | **ROUGEOLE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui | [ ]  |  | non | [ ]  |

 | **OREILLONS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui | [ ]  |  | non | [ ]  |

 |  |

**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…PRÉCISEZ.

L’ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? [ ]  NON [ ]  OUI [ ]  Occasionnellement

S’IL S’AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? [ ]  NON [ ]  OUI

5 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM       PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR      Numéros de téléphone :

Mère : domicile :       portable :       travail :

Père : domicile :       portable :       travail :

NOM ET TÉL. 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 directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l’hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale :

Date :       Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

**ADRESSE : ASBH PLACE SAINTE BARBE – 57800 COCHEREN**

**ADRESSE POSTALE: ASBH BP30123 57804 FREYMING-MERLEBACH CEDEX**

**OBSERVATIONS**

**POUR TOUTE QUESTION SUR LA CANTINE, L’ACCEUIL DE 16H à 18H ET L’ACCUEIL DES MERCREDIS, VOUS POUVEZ CONTACTER LA COORDINATRICE DU SERVICE ANIMATION, ANNE DANEL, AU 06.30.97.28.48**