 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**