



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

Dates, lieu du séjour : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (joindre la copie du carnet ou des 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				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 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 DÉJÀ 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)

P.A.I (projet d'accueil individualisé) : oui ☐ non ☐ (joindre le protocole)

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 :	OUI	☐	NON	☐
DES LUNETTES :	OUI	☐	NON	☐
DES PROTHÈSES AUDITIVES	OUI	☐	NON	☐
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE :	OUI	☐	NON	☐

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? OUI ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ NON ☐

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? OUI ☐ NON ☐

AUTRES RECOMMANDATIONS - PRÉCISEZ :

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 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

Organisateur du séjour :

ODCV Corrèze – 17 avenue Winston Churchill – BP 157 – 19004 TULLE Cedex

OBSERVATIONS DU DIRECTEUR DU SÉJOUR
