

# FICHE SANITAIRE

# DE LIAISON

## 1- JEUNE

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

N° allocataire MSA : \_\_\_\_\_

Nom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

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

## 2 – VACCINATIONS

### photocopie obligatoire du carnet de vaccination

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

## 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 (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 et sans l'avis du responsable du centre**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES .....

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

**INDIQUEZ CI-APRES :**

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

**Jeunes en situation de handicap** (afin de faciliter l'accueil de votre enfant, merci de prendre contact avec le directeur de l'accueil en amont.)

**NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT**

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

**NOM et ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ  
SOCIALE (JOINDRE UNE COPIE DE L'ATTESTATION)**

**N° de Sécurité Sociale :** .....

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

## 4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

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

