## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1-FNFANT

STAGE / SEJOUR

DATE, NOM ET LIEU DU SEJOUR :

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 (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>OU</b> DT polio				Autres (préciser) (NEISVAC)	
<b>OU</b> Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : Le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication.

## 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? OUI NON NON Si OUI joindre une ordonnance récente et les **médicaments** correspondants (**boites 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'e	nfant a-t-il	déjà eu le	s maladie	es suivant	es?				
RUBEOLE	VARIO	VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE		
OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS				
OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON				
ALLERGIES :	ASTHME	OUI	NON		MEDICAN	MENTEUSE	OUI	NON		
ALIMENTAIRES OUI			NON	NON AUTRES			OUI	NON		
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)										

INDIQUEZ CI-APRES : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.
4 - RECOMMENDATIONS UTILES DES PARENTS  Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc  Précisez.
5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT
Nom: Prénom:
Adresse (pendant le séjour) :
Nom: Prénom:
Adresse (pendant le séjour) :
Tél. (dans l'ordre à appeler) ://
Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :
6 - DROIT A L'IMAGE  J'autorise ou je n'autorise pas le prestataire à utiliser les images photographiques et vidéos de mon enfant, prises lors des colonies et stages, pour illustrer son blog, catalogue
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.
Date : Signature :
A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances
OBSERVATIONS