



# Fiche sanitaire de liaison

FICHE 5250

NOM \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Garçon       Filles

Cet imprimé est à remplir et à RENVoyer IMPERATIVEMENT A L'ORGANISATEUR DU SEJOUR au minimum une semaine avant le début du séjour, ou exceptionnellement à remettre au directeur des votre arrivées, dernier délai !  
 EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCUEILLI SUR LE SEJOUR.

**SEJOUR** \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ lieu \_\_\_\_\_

## 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					

SIL'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
 ATTENTION ! LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

## 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.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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 (si automédication le signaler)

## INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

L'enfant mouille-t-il son lit ?       OUI       Occasionnellement       NON  
 S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?       OUI       NON

Consignes particulières \_\_\_\_\_

## Recommandations utiles des parents

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...  
 PRECISEZ.

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

## Autorisation de soins médicaux

A remplir par les parents. En l'absence de ce document votre enfant ne pourra pas être accueilli sur le séjour.

Je soussigné \_\_\_\_\_  
 (nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_  
 N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_ Tél. bureau \_\_\_\_\_

Autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Né(e) le \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :

NOM \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_ Tél. bureau \_\_\_\_\_

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.  
 Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé") \_\_\_\_\_

EEDF/mise à jour 07/05/2005