

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON • SÉJOURS ADOS

CADRE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU VOYAGE	IDENTITÉ DE L'ENFANT
Organisme : .....	Nom de l'enfant : .....
Groupe : .....	Prénom : .....
Séjour du : .....au : .....	Né(e) le : .....
Lieu du séjour : .....	à : .....
Responsable : .....	Garçon : <input type="checkbox"/> Femme : <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT	
Nom : ..... Prénom : .....	
Adresse : .....	
Code postal : ..... Ville : .....	
<p style="text-align: center; color: #808080;">Coordonnées téléphoniques du père</p> Domicile : ...../...../...../...../..... Mobile : ...../...../...../...../..... Travail : ...../...../...../...../.....	<p style="text-align: center; color: #808080;">Coordonnées téléphoniques de la mère</p> Domicile : ...../...../...../...../..... Mobile : ...../...../...../...../..... Travail : ...../...../...../...../.....
<p style="color: #808080;">Autres Numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)</p> ..... : ...../...../...../...../..... ..... : ...../...../...../...../.....	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT												
L'enfant suit un traitement médical ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>												
Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)												
<b>Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.</b>												
L'enfant a-t-il des allergies ? <table style="margin-left: 100px; border: none;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Asthme :</td> <td>OUI <input type="checkbox"/></td> <td>NON <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Alimentaires :</td> <td>OUI <input type="checkbox"/></td> <td>NON <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Médicamenteuses :</td> <td>OUI <input type="checkbox"/></td> <td>NON <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Autres :</td> <td>OUI <input type="checkbox"/></td> <td>NON <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Asthme :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Alimentaires :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autres :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Asthme :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>										
Alimentaires :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>										
Médicamenteuses :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>										
Autres :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>										
Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : ..... ..... .....												

**ÉTAT DES VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ENFANT)**

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

Si les enfants n'ont pas les vaccins obligatoires, merci **de joindre le certificat médical de contre-indication.**

Attention : le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre-indication.

**ÉTAT DES MALADIES ENFANTINES**

**L'enfant a-t-il déjà eu des maladies suivantes ?**

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire aïgü		
Angine					

**INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES**

**Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé-maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation, ....-en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.**

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

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?

Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux....)

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

**NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT**

DOCTEUR : .....Téléphone...../...../...../...../.....

ADRESSE : .....

**ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL**

Je soussigné, ....., responsable de l'enfant..... certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature :