MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**1 - ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 - 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 | | | | | |

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | 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)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC… PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....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.*

Date : Signature :

---

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

.....

.....

.....

**OBSERVATIONS**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ecoprint 01 64 66 3000

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS À PRENDRE**.

……

……

**4 - REGIME ALIMENTAIRE**

- ☐ Repas standard
- ☐ Repas de substitution (sans viande)

**5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

……

……

***Facultatif* : NOM et tél. du médecin traitant :** ……

**6 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

| | |
|---|---|
| **NOM - Prénom** | |
| **Adresse** *(pendant le séjour)* | |
| Titulaire de l'autorité parentale | ☐ OUI<br>☐ NON >> **si non** joindre attestation de délégation de la part du responsable |
| **Téléphone domicile** | |
| **Téléphone mobile mère** | |
| **Téléphone mobile père** | |
| Profession > mère | |
| Profession > père | |
| C.A.F. n° allocataire | |
| Sécurité sociale | n° |
| Assurance *(Nom et n°)* | |
| **Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (+ tél)** | |

**L'enfant** (âgé de 10 ans révolu) **rentre-t-il seul ? REPONSE OBLIGATOIRE !** ☐ **OUI** ☐ **NON**

**Personnes** (âgées de 16 ans minimum) **habilitées à chercher l'enfant :** _____

**Classe fréquentée en juin 2018 :** _____ **Ecole :** _____

**Classe fréquentée à la rentrée 2018/2019 :** _____ **Ecole :** _____

*J'autorise le CSC PAX à faire usage, pour ses documents de communication internes et externes (journaux, rapport annuel d'activités, tracts, site Internet, etc.) de photos où mon image ainsi que celle de mon enfant apparaissent. Conforme à l'article 9 du Code Civil (CNIL loi n°=78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) :* ☐ OUI ☐ NON

**Je soussigné** : **NOM – Prénom** ……, **père, mère, responsable légal** ou responsable temporaire en précisant le lien de parenté *(barrer les mentions inutiles)* **de l'enfant : NOM – Prénom :** …… déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :