

# Accueil collectif de mineurs – La Motte-Saint-Martin

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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, sur demande, à la fin du séjour.

### 1. ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON  FILLE

### 2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Fournir une copie du carnet de santé.

### 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUË</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**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 :

[ ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui  non  occasionnellement

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? oui  non

#### 5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM [ ] Prénom [ ]

Adresse (pendant le séjour) [ ]

[ ]

Numéros de téléphone :

Mère → domicile [ ] portable [ ] travail [ ]

Père → domicile [ ] portable [ ] travail [ ]

Nom et n° de téléphone du médecin traitant (facultatif) [ ]

Je soussigné(e), [ ] 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : [ ]

Fait à [ ]

Le [ ]

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS : [ ]

[ ]  
[ ]  
[ ]