



N° 10008401

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
SEXES : ☐ GARÇON ☐ FILLE ☐ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

| Précisez s'il s'agit :<br>du DT polio<br>du DT coq<br>du Tétracoq<br>d'une prise polio<br>Hépatite B | RAPPELS | VACCINS PRATIQUES |  | DATES    |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|--|----------|----------|
|                                                                                                      |         |                   |  | __/__/__ | __/__/__ |
|                                                                                                      |         |                   |  | __/__/__ | __/__/__ |
|                                                                                                      |         |                   |  | __/__/__ | __/__/__ |
|                                                                                                      |         |                   |  | __/__/__ | __/__/__ |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) |          | ANTIVARIOLIQUE         |          | AUTRES VACCINS    |          |
|------------------------|----------|------------------------|----------|-------------------|----------|
|                        | DATES    |                        | DATES    | VACCINS PRATIQUES | DATES    |
| 1 <sup>er</sup> VACCIN | __/__/__ | VACCIN                 | __/__/__ |                   | __/__/__ |
| REVACCINATION          | __/__/__ | 1 <sup>er</sup> RAPPEL | __/__/__ |                   | __/__/__ |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,  
POURQUOI ? \_\_\_\_\_

|                     | NATURE | DATES    |
|---------------------|--------|----------|
| INJECTIONS DE SÉRUM |        | __/__/__ |
|                     |        | __/__/__ |
|                     |        | __/__/__ |

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT  
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

| RUBÉOLE                                                   | VARICELLE                                                 | ANGINES                                                   | RHUMATISMES                                               | SCARLATINE                                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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"/> OUI <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE                                                | OTITES                                                    | ASTHME                                                    | ROUGEOLE                                                  | OREILLONS                                                 |
| 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"/> OUI <input type="checkbox"/> |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :  
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

|  |          |
|--|----------|
|  | __/__/__ |
|  | __/__/__ |
|  | __/__/__ |

## IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? ☐ NON ☐ OUI ☐

SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? ☐ NON ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ OUI ☐

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? ☐ NON ☐ OUI ☐

## V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOMS : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

N° DE SS \_\_\_\_\_ N° DE TEL. \_\_\_\_\_ DOMICILE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature : \_\_\_\_\_  
DATE : \_\_\_\_\_

## PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : \_\_\_\_\_

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DÉPART LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN ☐ (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR ☐ (qui indiquera ses nom et adresse)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



N° 10008401

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
SEXES : ☐ GARÇON ☐ FILLE ☐ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

| Précisez s'il s'agit :<br>du DT polio<br>du DT coq<br>du Tétracoq<br>d'une prise polio<br>Hépatite B | RAPPELS | VACCINS PRATIQUES |  | DATES    |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|--|----------|----------|
|                                                                                                      |         |                   |  | __/__/__ | __/__/__ |
|                                                                                                      |         |                   |  | __/__/__ | __/__/__ |
|                                                                                                      |         |                   |  | __/__/__ | __/__/__ |
|                                                                                                      |         |                   |  | __/__/__ | __/__/__ |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) |          | ANTIVARIOLIQUE         |          | AUTRES VACCINS    |          |
|------------------------|----------|------------------------|----------|-------------------|----------|
|                        | DATES    |                        | DATES    | VACCINS PRATIQUES | DATES    |
| 1 <sup>er</sup> VACCIN | __/__/__ | VACCIN                 | __/__/__ |                   | __/__/__ |
| RE Vaccination         | __/__/__ | 1 <sup>er</sup> RAPPEL | __/__/__ |                   | __/__/__ |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,  
POURQUOI ? \_\_\_\_\_

|                     | NATURE | DATES    |
|---------------------|--------|----------|
| INJECTIONS DE SÉRUM |        | __/__/__ |
|                     |        | __/__/__ |
|                     |        | __/__/__ |

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT  
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

| RUBÉOLE                                                   | VARICELLE                                                 | ANGINES                                                   | RHUMATISMES                                               | SCARLATINE                                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <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"/> OUI |
| COQUELUCHE                                                | OTITES                                                    | ASTHME                                                    | ROUGEOLE                                                  | OREILLONS                                                 |
| <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"/> OUI |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :  
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

|  |          |
|--|----------|
|  | __/__/__ |
|  | __/__/__ |
|  | __/__/__ |

## IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? ☐ NON ☐ OUI

SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? ☐ NON ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ OUI ☐

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? ☐ NON ☐ OUI ☐

## V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOMS : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

N° DE SS : \_\_\_\_\_ N° DE TEL. : \_\_\_\_\_ DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : \_\_\_\_\_

Le soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature : \_\_\_\_\_  
DATE : \_\_\_\_\_

## PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : \_\_\_\_\_

Cachet de l'Organisation (siège social)

ARRIVÉE LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DÉPART LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN ☐ (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR ☐ (qui indiquera ses nom et adresse)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |