



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**



1. ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON **FILLE**

POIDS **TAILLE**

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS 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.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Ou DT Polio					
Ou Tétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
COQUELUCHE	OTITES	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	

ALLERGIES : ASTHME : OUI NON

ALIMENTAIRE : OUI NON

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**.

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

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, PROTHESES DENTAIRE, A-T-IL DES PROBLEMES D'ENURESIE, ETC.... PRECISEZ.

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

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

ADRESSE (pendant le séjour) :

.....
.....

Tél. Privé : Travail : Portable :

Mail :

N° de SS :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) :

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

Droit à l'image : (nous n'avons pas votre signature dans l'inscription par internet)

J'autorise la Ligue et le Rimlishof à utiliser des photos, vidéos où ma famille ou moi-même apparaîtrons, afin de promouvoir ses activités par tous les moyens actuels (vidéo, diaporamas, plaquettes, internet...). Cette liste est non exhaustive. OUI NON

DATE : SIGNATURE :

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances
Séjours de la Ligue – 3 rue du Rimlishof – 68530 BUHL
Tél : 03.89.76.82.10 / Mail : info@sejoursllb.fr

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

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