

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DOCUMENT CONFIDENTIEL

Ce document est remis au responsable du séjour auquel l'enfant participe et au référent sanitaire. Il reprend la totalité des éléments du cerfa n° 10008*02 du Ministère de la jeunesse et des sports et le complète. Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'accueil de l'enfant.

Une bonne transmission d'informations permet un bon accueil et une bonne prise en charge des besoins de l'enfant durant le séjour.

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

1- 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				Haemophilus	
Ou Tétracoq				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : kg Taille : cm (information nécessaire en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

Allergies :

- Alimentaire : OUI NON
- Médicamenteuse : OUI NON
- Autre (animaux, plantes, pollen) : OUI NON

Préciser

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

L'enfant présente-t-il un problème de santé : OUI NON si oui préciser

.....

Besoins spécifiques de l'enfant :

- Troubles dys (dyslexie, dyspraxie, ...) OUI NON
- Handicap moteur OUI NON
- Handicap sensoriel OUI NON
- Fatigabilité ou trouble du sommeil OUI NON
- Trouble du spectre autistique OUI NON
- Trouble de l'attention, hyperactivité OUI NON
- Trouble psychique OUI NON
- Trouble du comportement OUI NON
- Trouble du comportement alimentaire OUI NON
- Enurésie nocturne OUI NON

Autres, Préciser :

.....
Si oui, indiquer les mesures de compensation prévues habituellement et/ou celles à prévoir durant le séjour.

3- AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou toutes autres informations importantes à porter à notre connaissance ?

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable n ° 1

Responsable n ° 2

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

Adresse (pendant le séjour) :

Tél. Domicile :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Tél. Portable :

Tél travail :

Tél travail :

Nom et tél. Du médecin traitant :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'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 :