



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008-02

1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES

2 - VACCINATIONS (à réviser au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
On ET Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
On Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTIFÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - MÉDICAMENTS MÉDICAUX COMMERCIALEMENT DISPONIBLES

L'enfant suit-il un traitement médicamenteux ? oui non
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes et prescriptions) dans un dossier séparé à déposer avec la fiche.
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE
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"/>
COQUELICHÉ	OTITE	ROUGEOLE	OREillons
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"/>

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉSENTE-T-IL LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONSULTE À TENIR (à retourner avec la fiche)

INDIQUEZ CLAIRS :

LES DÉFICITS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS LITTÉRAIRES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SONTET ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REÇUE ? oui non

5. RESUME DES ABUS DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET VÂ. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : CIDE LA CMU

C D'UNE PRISE EN CHARGE 5.5 À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR

Secrétaire / Centre de loisirs Nancy le Bourg
Route de Cere - Les - Noisy - Essay - Noisy le
Bourg