

# Fiche sanitaire de liaison

Merci de REMPLIR en lettres MAJUSCULES / 1 fiche par enfant  
**CETTE FICHE DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT TRANSMISE AVEC LA FICHE D'INSCRIPTION.**  
Elle évite de vous démunir du carnet de santé de l'enfant.

**Séjour** du...../...../ 20\_\_ au ...../...../ 20\_\_ **Lieu du séjour :** .....

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....  
**NE(E) LE** ..... / ..... / ..... Garçon :  Fille :   
**ADRESSE :** .....  
**CP :** ..... **VILLE :** .....

**NOM DU RESPONSABLE :** .....  
**TELEPHONE**  **PORTABLE**   
**TRAVAIL**   
**Nom du médecin traitant** (facultatif) : .....  
**Téléphone :**

**Poids de l'enfant :** ..... **N° Sécurité Sociale :** .....

## REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

- Sans Régime particulier**  
 **Sans porc** (nous proposons alors des menus à base de poissons ou d'autres viandes).  
 **Végétarien**

## ALLERGIES : médicaments, matières (poussière, poils), alimentaires :

Précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :  
.....  
.....

## Merci de cocher la case si votre enfant est concerné :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Appareil dentaire    | <input type="checkbox"/> Eczéma                              |
| <input type="checkbox"/> Lunettes / lentilles | <input type="checkbox"/> Allergie au soleil                  |
| <input type="checkbox"/> Appareil auditif     | <input type="checkbox"/> Diabète                             |
| <input type="checkbox"/> Fille réglée         | <input type="checkbox"/> Autre : .....                       |
| <input type="checkbox"/> Urticaire            | <input type="checkbox"/> Incontinence (mouille t'il son lit) |
| <input type="checkbox"/> Asthme : .....       |  |



2 rue des Thermes Romains  
42300 ROANNE Tel 04.77.71.67.08

## Le participant suivra-t-il un traitement pendant le séjour ?

- Non  Oui. **joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants** (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**Liste des médicaments :** .....  
.....

## ANTECEDENTS MALADIES :

- Rubéole  Coqueluche  Varicelle  Rhumatisme   
Scarlatine  Oreillons  Rougeole  Otites  Angines

**DIFFICULTES DE SANTE :** (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, REEDUCATION, OPERATIONS,...)

**EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :**

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

**VACCINATIONS :** merci de joindre une photocopie des vaccinations.

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

A remplir par le directeur pendant le séjour si besoin :  
.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné,.....responsable légal du participant, **déclare exacts et complets les renseignements** portés sur cette fiche et **autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures :** traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales rendues nécessaires par l'état du participant.

**DATE :** ..... **SIGNATURE :** .....