

# 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 :**

Sans Régime particulier

Sans viande de porc (nous proposons alors des menus à base de poissons ou d'autres viandes).

Végétarien

Allergie .....

**ALLERGIES : médicaments, matières** (poussière, poils) :

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"/> Asthme : .....
<input type="checkbox"/> Urticaire	<input type="checkbox"/> Incontinence (mouille-t-il son lit)
<input type="checkbox"/> Autre : .....	



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 (boîtes de médicaments dans leurs emballages 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 :**

.....

.....

**VOTRE ENFANT A-T-IL DES BESOINS SPECIFIQUES :**

.....

.....

Votre enfant a-t-il un PAI ? oui  non

Votre enfant a-t-il un suivi éducatif / médical ? oui  non

Votre enfant a-t-il une notification MDPH ? oui  non  demande en cours

Nature du handicap : .....

Votre enfant est-il scolarisé ? oui  non  avec AVS

Votre enfant est-il accueilli dans un établissement spécialisé ? oui  non

Si oui, type d'établissement : .....

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

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

Je soussigné(e),.....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 :** \_\_\_\_\_

Information du directeur et/ou de l'Assistante sanitaire durant le séjour :

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