

# Fiche sanitaire de liaison



## 1. ENFANT / ADOLESCENT

GARÇON  FILLE 

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : du ...../...../..... au ...../...../.....

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					



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

Attention : Le vaccin anti-tétanique (*tétanos*) ne présente aucune contre-indication.

## 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Taille : .....m.....

Poids : .....kg

Pointure de chaussures : .....

**TRAITEMENTS MÉDICAUX :** 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.**

**MALADIES :** L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>RUBÉOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHÉ</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** L'enfant a-t-il une ou des allergies ?

<b>ASTHME</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ALIMENTAIRES</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>MÉDICAMENTEUSES</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>AUTRES</b> .....
--	--	---	------------------------

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....  
.....

**RÉGIMES PARTICULIERS :** L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? OUI  NON

Si oui, précisez :

.....  
.....  
**Association inclusive et laïque, EJ'N ne propose pas de régime halal, casher ou relevant de tout autre culte.**

L'enfant consomme-t-il du porc ? OUI  NON

L'enfant consomme-t-il de la viande ? OUI  NON

S'il s'agit d'une fille : est-elle réglée ? OUI  NON

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI  NON  OCCASIONNELLEMENT

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ :** L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....  
**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ?

OUI

NON

Si oui, précisez.

.....  
.....  
**5. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse (pendant le séjour) :** .....

..... **Code postal :** ..... **Commune :** .....

**Date de naissance :** ...../...../..... **Lieu de naissance :** ..... **Code postal de naissance :** .....

**Profession :** .....

**N° Sécurité sociale (15 chiffres) :** \_ \_ \_ \_ \_

**Mutuelle :** ..... **N° contrat :** .....

 **Domicile :** .....  **Portable :** .....  **Bureau :** .....

**Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :** .....

**Adresse de Caisse Sécurité Sociale :** Laon  Saint-Quentin  Soissons

**Etes-vous bénéficiaire de la CMU ?** Oui  Non

Si oui, nous fournir obligatoirement une copie de l'attestation CMU.

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale éventuellement sous anesthésie générale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels ; à prendre à ma charge les suppléments dus à un retour individuel ainsi que les frais d'accompagnement en cas de retour anticipé de l'enfant.

**Date :** .....

**Signature :** .....

**OBSERVATIONS (faites pendant le séjour, à l'attention des parents) :**