



# 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 (en visser 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 médical ? oui  non   
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes et prescriptions) sans emballage et écrire sur chaque boîte l'adresse avec la notice.  
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 COMÉDITE À TENIR (si auto-déclaration le signaler)

INDIQUEZ CLAIRS :

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

4. RECOMMANDATIONS LITTES DES PARENTS :

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SONTY oui  non

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

5. RESPECTER LES ABJETS DÉCARR. 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 L'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 Nosses - Nancy  
54000