

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
ASSOCIATION DES FAMILLES  
BLACE-ST JULIEN**

**ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_  
PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARCON  FILLE  Groupe sanguin (facultatif): \_\_\_\_\_

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT  
LE SEJOUR DE L'ENFANT; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

**\* PHOTOCOPIE OBLIGATOIRE DES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE DE L'ENFANT**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT  
MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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.**

**ALLERGIES :**

ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

-----

**INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ :**

En cas de maladie, handicap, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation nécessitant  
une prise en charge spécifique, un protocole d'accueil individuel est nécessaire (si votre enfant est en  
situation de handicap, des renseignements complémentaires pourront vous être demandés)

PAI établi oui  non   
Fiche spécifique oui  non

**RÉGIMES ALIMENTAIRES ; (Sans viande , sans porc etc...)**

-----

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

-----

**ENFANTS 3/5 ANS**

SOUHAITEZ VOUS QUE VOTRE ENFANT FASSE LA SIESTE oui  non

-----

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Numéro de Sécurité sociale auquel est/sont rattaché(s) les/ l'enfant(s) \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

TEL. FIXE \_\_\_\_\_ PORTABLE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

NOM DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

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 les mesures ( traitement médical, hospitalisation,  
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**DATE :**

**SIGNATURE :**







