



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ;
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en fin de séjour.

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : EPJ 2025 du 06 au 10 juillet 2026 1 rue Auguste Rey à Saint Prix

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

☐ GARÇON

☐ FILLE

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et joindre une photocopie des pages correspondantes)

- Diphtérie Tétanos Polio coqueluche

date dernier rappel : ... / ... /

- Hépatite B

date dernier rappel : ... / ... /

- Rougeole- Rubéole Oreillons

date dernier rappel : ... / ... /

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (Diphtérie-Tétanos-Polio) joindre un certificat médical de contre-indication

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Votre 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**). Pour des raisons de sécurité aucun médicament ne peut être conservé par votre enfant sans l'accord de l'assistant sanitaire du séjour. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- votre enfant a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes (entourez les maladies concernées) ?

ASTHME, RHINITE ALLERGIQUE, VARICELLE, COQUELUCHE, ROUGEOLE, OREILLONS

- **ALLERGIES** : MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

Précisez la cause de l'Allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

-Votre enfant a-t-il des **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, fragilité articulaire, rééducation, énurésie, règles douloureuses...). Si oui, précisez la nature et les **précautions à prendre** :

4 - Autres recommandations utiles de votre part concernant votre enfant (Votre enfant porte-t-il des LENTILLES, des LUNETTES, des PROTHÈSES AUDITIVES, des PROTHÈSES DENTAIRES, etc.) précisez

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (pendant le séjour si différente de l'adresse habituelle)

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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) rendues nécessaires par l'état de l'enfant..

J'autorise l'assistant sanitaire du séjour à donner du paracétamol en cas de douleur et à utiliser des pommades contre les petits traumatismes de la vie courante (contusion, hématome,).

Date :

Signature :