



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Elaborée d'après le Cerfa n° 10008\*02 – Code de l'Action Sociale et des Familles – MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du stagiaire.  
Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour



## L'ENFANT:

NOM : ..... Prénom:.....

Date de naissance : ..... Garçon  Fille

Lieu de séjour : Verdun-sur-Garonne  Saint-Sardos  Savenès

## VACCINATION:

Joindre les photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant.

POUR LES MINEURS, SI L'ENFANT N'A PAS DE VACCIN OBLIGATOIRE  
JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:

Groupe Sanguin de l'enfant et Rhésus :.....

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui  non

**Si oui** pour les mineurs joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants :  
(Boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance du médecin, au nom de la personne qui devra administrer les médicaments (nom de la personne du centre, avec son accord).**

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ANGINE :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
SCARLATINE :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
OTITE :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
OREILLONS :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

### ALLERGIES :

ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRE oui  non  AUTRE oui  non  laquelle ?.....

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

.....  
.....

### LES DIFFICULTES DE SANTE

(maladie, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre

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

**REGIMES ALIMENTAIRES PARTICULIERS :**

(diabétique, cholestérol... et joindre le protocole à suivre)

.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses, auditives ou dentaires etc...**précisez**

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

**si vous avez d'autres informations à nous communiquer**

Fait-il la sieste ? oui  non  Est-il propre ? oui  non

S'il s'agit d'une fille, a-t-elle des cycles menstruels ? oui  non

Sait-il nager ? oui  non  (photocopie du certificat ou attestation de natation obligatoire)

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

**NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT:**

.....

**LE RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Je soussigné(e) NOM : .....PRENOM : .....

Adresse complète :

.....

TEL. FIXE DOMICILE : ..... PORTABLE:.....

BUREAU : .....

**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 à :**

**(choix du lieu d'hospitalisation) .....**

.....

Date :

Signature