

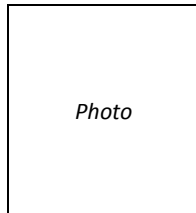


LA FARLÈDE



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et prénom de l'enfant : .....



Date de naissance : ..... Sexe : Masculin  Féminin

Nom et prénom du responsable légal de l'enfant : .....

Adresse : .....

Tél. fixe : ..... Tél. mobile : .....

E-mail : .....

Durée et Lieu du séjour : .....

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR**

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

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou DT polio</b>				Autres (préciser)	
<b>Ou Tétracoq</b>					
BCG					

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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.**

### L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole : Oui  Non

Coqueluche : Oui  Non

Rhumatisme articulaire aigu :

Varicelle : Oui  Non

Otite : Oui  Non

Oui  Non

Angine : Oui  Non

Rougeole : Oui  Non

Scarlatine : Oui  Non

Oreillons : Oui  Non

**L'enfant a-t-il des allergies ?**

**Asthme :** Oui  Non

**Alimentaires :** Oui  Non

**Autres :** Oui  Non

**Médicamenteuses :** Oui  Non  ..... **lesquelles :** .....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :** .....

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

**Indiquez ci-après**

• **Les difficultés de santé (Maladies, Accidents, Crises convulsives, Hospitalisations, Opérations, Rééducation, en précisant dates et précautions à prendre) :**

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

• **Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc... Précisez :**

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

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

**Observation(s)**

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

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.

**Date et signature du représentant légal précédée de la mention : « Lu et approuvé »**

**L'organisateur du Séjour :**

Service des Sports de La Farlède - Gymnase Pantalacci

Tél. : 06 22 40 60 21 ou 04 94 21 95 69

E-mail : servicedessports@lafarlede.fr