MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Garçon ☐ Fille ☐

Séjour Dates 12/04/2027 au 17/04/2027 Lieu LOURDES (64)

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE PÈLERINAGE DE L'ENFANT ;

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

Vaccins Obligatoires	oui	non	Dates des	Vaccins recommandés	oui	non	Dates
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				Autres (préciser)			
Ou Tétracoq							
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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant est une fille, est-elle réglée? oui ☐ non ☐

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	oui	non
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		

	oui	non
Otite		
Angine		
Rougeole		

	oui	non
Rhumatisme articulaire aigü		
Oreillons		
Scarlatine		

ALLERGIES	oui	non
Asthme		
Alimentaires		
Médicamenteuses		

Autres allergies	

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Complément d'adresse

Code postal Ville

Tél. fixe domicile
Tél. portable M.
Tél. portable Mme

Tél. fixe prof. M.
Tél. fixe prof. Mme

Facultatif Nom du médecin traitant Tél.

Je soussigné
responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du groupe M. à prendre, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

En outre j'autorise également si nécessaire, ce dernier/cette dernière à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

le Signature

A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU PÈLERINAGE A L'ATTENTION DES FAMILLES

OBSERVATIONS