

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1- ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

**DATE ET LIEU DU SEJOUR** : du lundi 11 février au vendredi 15 février 2019 à TROYES

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.**

**2- VACCINATIONS** (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations 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**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NO N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMADES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

### 3- 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 (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée 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 ?

RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	

**Antécédents médicaux :**

- ASTHMES OUI  NON
- Allergies MEDICAMENTEUSES OUI  NON
- Allergies ALIMENTAIRES OUI  NON
- CRISE D'ÉPILEPSIE OUI  NON
- Valve de dérivation cérébrale OUI  NON
- Autres OUI  NON

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

---



---

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

---



---

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC.... PRECISEZ.

---



---



---

## COMPLEMENTS INFORMATIONS MEDICALES

Nature de la déficience :

Actes médicaux :

Sonde urinaire à demeure	
Cathéter sus pubien	
Sondage urinaire intermittent	
Poche de stomie	
Garniture de protection	

### 5- RESPONSABLE DE L'ENFANT :

*Personne à contacter en cas d'urgence durant le stage « JAP » :*

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° Tél \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE : \_\_\_\_\_

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR:**

Centre Sportif de l'Aube 5 rue Marie Curie – 10000 TROYES - 03 25 74 37 06  
Cécilia MUNCH (CRHGE) – [c.munch@handisport.org](mailto:c.munch@handisport.org) - 06.42.01.96.59

**OBSERVATIONS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_