

# Fiche sanitaire de liaison

Merci de REMPLIR en lettres MAJUSCULES / 1 fiche par enfant  
**CETTE FICHE DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT TRANSMISE AVEC LA FICHE D'INSCRIPTION.**  
Elle évite de vous démunir du carnet de santé de l'enfant.



2 rue des Thermes Romains  
42300 ROANNE Tel 04.77.71.67.08

Séjour du ...../...../ 20\_\_ au ...../...../ 20\_\_\_. Lieu du séjour : .....

NOM : ..... PRENOM : .....  
NE(E) LE ..... / ..... / ..... Garçon :  Fille :   
ADRESSE : .....  
CP : ..... VILLE : .....

NOM DU RESPONSABLE : .....  
TELEPHONE      PORTABLE       
TRAVAIL       
Nom du médecin traitant (facultatif) : .....  
Téléphone :

Complémentaire Santé Solidaire (Ex-CMU) : OUI  NON  joindre une photocopie

Poids de l'enfant : ..... Taille : ..... N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

## REGIME ALIMENTAIRE :

- Sans Régime particulier
- Sans viande de porc (nous proposons alors des menus à base de poissons ou d'autres viandes).
- Végétarien (sans viande)
- Allergie .....

## ALLERGIES : médicaments, matières (poussière, poils) :

Précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :  
.....  
.....

## Merci de cocher la case si votre enfant est concerné :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Appareil dentaire    | <input type="checkbox"/> Eczéma                              |
| <input type="checkbox"/> Lunettes / lentilles | <input type="checkbox"/> Allergie au soleil                  |
| <input type="checkbox"/> Appareil auditif     | <input type="checkbox"/> Diabète                             |
| <input type="checkbox"/> Fille réglée         | <input type="checkbox"/> Asthme : .....                      |
| <input type="checkbox"/> Urticaire            | <input type="checkbox"/> Incontinence (mouille-t-il son lit) |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....        |  |

## Le participant suivra-t-il un traitement pendant le séjour ?

Non  Oui. Joindre l'ordonnance récente et les médicaments (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom du jeune avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Liste des médicaments : .....

## ANTECEDENTS MALADIES :

Rubéole  Coqueluche  Varicelle  Rhumatisme   
Scarlatine  Oreillons  Rougeole  Otites  Angines

**DIFFICULTES DE SANTE :** (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, REEDUCATION, OPERATIONS,...)

**EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :**

## VOTRE ENFANT A-T-IL DES BESOINS SPECIFIQUES :

.....  
.....  
Votre enfant a-t-il un PAI ? oui  non   
Votre enfant a-t-il un suivi éducatif / médical ? oui  non   
Votre enfant a-t-il une notification MDPH ? oui  non  demande en cours   
Nature du handicap : .....  
Votre enfant est-il scolarisé ? oui  non  avec AVS   
Votre enfant est-il accueilli dans un établissement spécialisé ? oui  non   
Si oui, type d'établissement : .....

**VACCINATIONS :** merci de joindre une photocopie des vaccinations.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Je soussigné(e),.....responsable légal du participant, **déclare exacts et complets les renseignements** portés sur cette fiche et **autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures :** traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales rendues nécessaires par l'état du participant.

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