

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

## I. IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE :  Masculin  Féminin

DATE DE NAISSANCE : ..... AGE : .....

## II. VACCINATIONS

**Merci de prendre le temps de compléter les informations suivantes. Aucune photocopie du carnet de santé ne sera acceptée.**

- DATE DU DERNIER RAPPEL DU DT POLIO : .....
- VACCINATION ANTITUBERCULEUSE (BCG) :  OUI  NON  
Si OUI, DATE DE VACCINATION : .....
- VACCINATION CONTRE LA MENINGITE :  OUI  NON  
Si OUI, DATE DE VACCINATION : .....

## III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

POIDS : ..... Kg TAILLE : ..... CM

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

- VARICELLE :  OUI  NON
- ASTHME :  OUI  NON
- TENDINITE :  OUI  NON

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU DES ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

- FRACTURES :  OUI  NON  
Si OUI, LOCALISATION ET DATE : .....
- ENTORSES :  OUI  NON  
Si OUI, LOCALISATION ET DATE : .....

L'ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ALLERGIES :  OUI  NON

Si OUI, PRECISEZ : .....

L'ENFANT A-T-IL UN TRAITEMENT EN COURS :  OUI  NON

Si OUI, PRECISEZ : .....

**SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.**

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  OUI  OCCASIONNELLEMENT  NON

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  OUI  NON

## V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOMS : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

TELEPHONE :

DOMICILE : ..... BUREAU : .....

N° de S.S. : .....

Avez-vous une mutuelle ?  OUI  NON

Si OUI, NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME : .....

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.

DATE :

## VI. PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : .....

Cachet de l'Organisme (siège social)

**CENTRE TECHNIQUE BRETAGNE  
HENRI GUERIN  
5, ALLEE DU HAUT CHAMP  
BP 10  
22440 PLOUFRAGAN**

ARRIVEE LE : ...../...../.....

DEPART LE : ...../...../.....

## VII. OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

NOM : ..... PRENOM : ..... QUALITE : .....