

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



capmonde

Centre d'accueil : ..... Séjour du ...../...../..... au ...../...../.....

Classe de Mr – Mme – Melle : ..... Commune / Ecole : .....

NOM DE L'ENFANT :		PRENOM :	
NOM DE LA MÈRE :		NOM DU PÈRE :	
Né(e) le : ...../...../.....	Age : ..... ans	Poids : .....kg	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Adresse de l'enfant :			
Code postal :		Commune :	
Tel portable :	Tel Domicile :	Tel Travail :	

Personne à joindre en cas d'urgence (Nom et prénom) :		
Adresse de la personne :		
@ Tel portable :	Tel Domicile :	Tel Travail :

**1 : VACCINATIONS**  
(voir carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphthérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT Polio			
Ou Tétracoq			
BCG			

  

VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATES
Hépatite B			
Rubéole – Oreillons - Rougeole			
Coqueluche			
Autres (Préciser)			

  

Si l'enfant n'a pas été vacciné, pour quelles raisons ?

**2 : SERUMS**

<input type="checkbox"/> Anti-Tétanique	Date de la dernière injection : ...../...../.....
<input type="checkbox"/> Anti-Diphthérique	Date de la dernière injection : ...../...../.....
Autres (préciser)	

**3 : L'enfant a-t-il eu déjà ? :**

**MALADIE**  
**ALLERGIES**

Rubéole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otites : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatismes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angines : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Convulsions : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres : Merci de Préciser :		
Allergies : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, merci de préciser) :		

**4 : INTERVENTIONS**  
**CHIRURGICALES**  
**HOSPITALISATION**

Appendicite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres Opérations (Merci de préciser) :
Rééducations :
Hospitalisations (Dates et motifs) :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Centre d'accueil : ..... Séjour du ...../...../..... au ...../...../.....

Classe de Mr – Mme – Melle : ..... Commune / Ecole : .....

## 5 : ETAT DE SANTÉ

L'enfant mouille-t-il son lit ? : *Régulièrement* :  Oui  Non / *Occasionnellement* :  Oui  Non  
Dans l'affirmation, AJOUTEZ AU TROUSSEAU : 1 alaise et 2 pyjamas supplémentaires.

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? :  Oui  Non *Régulièrement* :  Oui  Non

Urines : Albumine :  Oui  Non Sucres :  Oui  Non

L'enfant suit-il un traitement ? :  Oui  Non  
Si oui lequel ? :

Devra-t-il suivre un traitement pendant le séjour ? :  Oui  Non  
*Si oui, remettez les médicaments et une copie de l'ordonnance à l'enseignant ou à l'assistante Sanitaire au moment du départ (Ne placez jamais les médicaments dans la valise).*

L'enfant viendra-t-il au centre avec :

Une prothèse dentaire :  Oui  Non Quand doit-il la porter ? :

Des Lunettes :  Oui  Non Quand doit-il la porter ? :

Autres (Merci de préciser) :

## 6 : RECOMMANDATIONS PARENTALES

Ces renseignements sont strictement confidentiels. N'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant pendant son séjour :

## 7 : AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e).....  
agissant en qualité de :  Père  Mère  Tuteur Légal  
demeurant : .....

N° sécurité de sociale : .....  
Eventuellement mutuelle : .....

*Si votre enfant bénéficie de la CMU, merci de joindre la photocopie de la carte pour faciliter la gestion des professions médicales.*

AUTORISE  N'AUTORISE PAS

le responsable, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant (Nom et prénom) : .....  
A prendre, sur avis médical, toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'anesthésie.

Fait à .....le .....

Signature :

**Ne remettez jamais à votre enfant l'original du carnet de santé. Si vous le jugez utile, joignez-en une copie à la présente fiche sanitaire**