

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## SERVICES AUX FAMILLES

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS MUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC DES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

**I. ENFANT :** NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 SEXE :  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

**II. VACCINATIONS :** (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.)  
 ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	RAPPELS	
	VACCINS PRATIQUES	DATES

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	
1er VACCIN	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUES
REVACCINATION		1er RAPPEL		

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUMS	NATURE	DATES

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**  
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

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

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :  
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

GROUPES SANGUINS : RHEBUS :  POSITIF  NEGATIF

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

L'ENFANT MOUILLE -T-IL SON LIT ?  NON  OUI  
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  NON  OUI  
 AUTORISATION DES PARENTS A LA BAIGNADE ET AUX EXCURSIONS ?  NON  OUI  
 AUTORISATION DES PARENTS AUX SOINS D'URGENCE ?  NON  OUI

Toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, PRECISEZ LEQUEL :

TRAITEMENT :	DU	AU
TRAITEMENT :	DU	AU
TRAITEMENT :	DU	AU

*Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.*

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :**  
 NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE DOMICILE : \_\_\_\_\_ TELEPHONE BUREAU : \_\_\_\_\_  
 NUMERO SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : \_\_\_\_\_

MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_  
 CENTRE DE SOINS : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

ASSURANCE : \_\_\_\_\_  
 MUTUELLE : \_\_\_\_\_

**VI. OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR :** (PRECISEZ LA DATE)  
 PAR LE MEDECIN  (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR  (qui indiquera ses nom et adresse)

**VII. PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**  
 NOM : \_\_\_\_\_ QUALITE : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_  
 NOM : \_\_\_\_\_ QUALITE : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.  
 Date : \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_