



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**A compléter par les parents et à remettre  
au Syndicat Intercommunal de la Vallée de la Scarpe**

**DATE ET LIEU DU SEJOUR: « char à voile » Côte d'Opale du 08 au 12 avril 2019**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant;  
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

## 1/ ENFANT

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Garçon:

Fille:

**2/VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite			Coqueluche	
Ou DT Polio			Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				
BCG				

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication  
**ATTENTION:** Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

## 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 (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire Aigü	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES:** Asthme Oui  Non  Médicamenteuses Oui  Non   
Alimentaires Oui  Non  Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler):

- 
- 
- 

**Indiquez ci-après:**

Les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

- 
- 
- 

**4/RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

- 
- 

**5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom:

Prénom:

Adresse (pendant le séjour):

Tél. domicile:

Tél. portable:

Tél. bureau:

Nom et Tél. du Médecin traitant (facultatif):

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date:

Signature:

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A compléter par les parents et à remettre  
au Syndicat Intercommunal de la Vallée de la Scarpe



Enfant inscrit : NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

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

Téléphone \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du Père : \_\_\_\_\_


Nom et Prénom de la Mère : \_\_\_\_\_

## EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT

Où pourrait-on vous avertir et à quel moment de la journée

- à votre domicile ?  \_\_\_\_\_

- Ailleurs ?  \_\_\_\_\_

Nom de la personne à contacter \_\_\_\_\_   
(en cas d'absence).

Nom de votre Médecin Traitant : \_\_\_\_\_ 

S'il y avait une urgence accepteriez-vous que votre enfant soit transporté à l'hôpital le plus proche ? OUI  
NON (1)

Vous engageriez vous à couvrir les frais médicaux ? OUI NON

Votre enfant présente-t-il des contre-indications médicales ? OUI NON  
Si OUI lesquelles ? \_\_\_\_\_

Votre enfant présente-t-il des allergies alimentaires ou médicamenteuses ? OUI  
NON  
Si OUI lesquelles ? \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il hémophile ? OUI NON  
asthmatique ? OUI NON

Votre enfant suit-il un régime spécial ? OUI NON  
Si OUI précisez lequel \_\_\_\_\_

Votre enfant peut-il pratiquer tous les sports ? OUI NON  
Si NON précisez le ou lequel(s): \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ Signature des parents :

(1) Barrer les mentions inutiles

