

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON Centre de Vacances « LES 4 CHEMINS », Chichilianne**

**1. ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ GARCON  FILLE

DATES DU SEJOUR \_\_\_\_\_

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**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 RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole-Oreillons-Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Pentavac ou Tetravac				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTREINDICATION.  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON   
ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES.....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

.....  
.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRES**

**LES DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

**5. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR).....

TEL FIXE ET PORTABLE, DOMICILE :.....

.....

BUREAU.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN 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 :

---

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
OBSERVATIONS

.....  
.....  
.....  
.....

**LES 4 CHEMINS**  
**CHATEAUVIEUX – 38930 CHICHILIANNE**  
**04.76.34.40.11**  
**contact@lesquatrechamins.com**