

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

### 1 – ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... GARÇON  FILLE

LIEU DE NAISSANCE (VILLE + DÉPARTEMENT) : .....

N° DE SECURITE SOCIALE DU PARENT : .....

DATES ET LIEU DU SEJOUR : .....

### 2 – VACCINATIONS

**⚠ JOINDRE LA COPIE DES PAGES VACCINS DU CARNET DE SANTE**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION (liste des vaccins obligatoires : DIPHTERIE, TETANOS, POLIOMYELITE ou DTP)

### 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 OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	VARICELLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	ANGINE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OREILLONS OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	SCARLATINE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
COQUELUCHE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OTITE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	ROUGEOLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	

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

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

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .....

TEL PORTABLE ..... TEL FIXE ..... TEL 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  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES



**DJURINGA JUNIORS**

46 bis rue Louis Aulagne – 69600 OULLINS  
Tel : 04 78 23 23 46 Fax : 04 78 23 10 90

Mail : [contact@djuringa-juniors.fr](mailto:contact@djuringa-juniors.fr) site Web : <http://www.djuringa-juniors.fr>

OBSERVATIONS : .....