



**- OBLIGATOIRE POUR VALIDER L'INSCRIPTION -**

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p><b>L'ENFANT</b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

INTITULE DU SEJOUR : \_\_\_\_\_  
 DATES :                    DU \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_                    AU \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° Sécurité Sociale (obligatoire) : \_\_\_\_\_  
 Je joins obligatoirement l'attestation en cours de validité :     de Sécurité Sociale                     de CMU

**La fiche sanitaire est un document obligatoire et confidentiel, à fournir dès l'inscription. Elle doit être remplie, complétée d'un numéro d'urgence et signée.** Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Si l'état de santé de votre enfant nécessite une consultation médicale, vous en serez immédiatement informé. Elle nous permet d'assurer le bien-être de l'enfant pendant son séjour.

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).  
 Joindre la copie des pages Vaccinations du carnet de santé de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates Derniers Rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?** OUI     NON     Si oui, lequel : .....  
**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.** .....  
**Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants** .....  
**à la durée du traitement pendant le séjour, avec la notice et dans leur** .....  
**emballage d'origine marquées au nom de l'enfant.** .....

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

**ALLERGIES :**    ASTHME                    OUI     NON                     MEDICAMENTEUSES    OUI     NON   
                   ALIMENTAIRES    OUI     NON                     AUTRES .....  
                   REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE .....

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours    OUI     NON  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication, le signaler). Compléter sur  
 feuille libre si besoin. ....  
 .....  
 .....



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

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

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : OUI  NON

DES LUNETTES : OUI  NON  - au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI  NON  - au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI  NON  - au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS - PRÉCISEZ :

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

**4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....  
.....

**Téléphones obligatoires :** **Portable :** .....

**Domicile :** ..... **Travail :** .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Lu et approuvé, le ...../...../....., à .....

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**

- Je joins à la fiche sanitaire :**
- L'attestation à jour de Sécurité Sociale-Carte Vitale
  - ou L'attestation à jour de CMU
  - La copie des vaccins (obligatoire).
  - Le chèque de caution médicale de 50 € à l'ordre de l'Association Le Martouret.

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**  
**Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances**

**OBSERVATIONS**

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