



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL
Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

ENFANT

NOM
.....
PRENOM
DATE DE NAISSANCE
FILLE GARÇON

DATES ET LIEU DE L'ATELIER OU STAGE : du au à Paris.

CETTE FICHE, ETABLIE SUR LA BASE DU CERFA 10008*2, PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ATELIER OU LE STAGE DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE LE MUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

1 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Haemophilus	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids (en kg) : Taille (en cm) : (informations nécessaires en cas d'urgence)

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="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 AIGÛ 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
ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (à préciser) oui non
.....

Si **oui** joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

L'enfant présente-t-il un problème de santé, si oui non

Si **oui** préciser les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, 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...PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE

.....

TEL PORTABLE DOMICILE : TRAVAIL :

NOM

ADRESSE

.....

TEL PORTABLE DOMICILE : TRAVAIL :

NOM ET TÉL. DU **MÉDECIN TRAITANT**

.....

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de 17^E Arts à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires selon l'état de santé de l'enfant.

Date : Signature :