

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE SEJOUR

Commune :	Ecole :	Nom Enseignant :
Séjour du ..... au .....		
Centre :		

## 2 - RENSEIGNEMENTS ENFANT

Nom	Prénom	Date de naissance	<input type="checkbox"/> garçon	<input type="checkbox"/> fille
			groupe sanguin (facultatif)	

## 3 - RENSEIGNEMENTS PARENTS ou REPRESENTANT LEGAL

Nom & Prénom & Adresse des parents ou du représentant légal :	..... .....		
<i>En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :</i>			
	Téléphone Domicile	Téléphone portable	Téléphone travail
Père			
Mère			
Autre (Gd-parents, frère, sœur...)			

## 4 - RENSEIGNEMENTS SECURITE SOCIALE - ASSURANCE SCOLAIRE - CMU

N° Sécurité Social du représentant légal	.....
Coordonnées du centre CPAM dont vous dépendez (fournir la copie de l'attestation carte vitale)	..... ..... <i>Pour les séjours en Europe : merci de vous munir de la Carte Européenne d'assurance maladie</i>
Coordonnées de l'assurance scolaire	..... ..... .....

**Êtes-vous bénéficiaire de la CMU ?**     Oui     Non

Si oui, MERCI de fournir une copie de l'attestation de droit + la copie l'attestation carte vitale

## 5 - L'ENFANT A-T-IL DEJA EU...

Les maladies suivantes ? (entourez votre réponse)									
Rubéole		Varicelle		Angine		Oreillons		Scarlatine	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Coqueluche		Otite		Rougeole		Rhumatisme articulaire aigu			
oui	non	oui	non	oui	non	oui		non	
Les allergies suivantes ? (entourez votre réponse)									
Asthme		Médicamenteuse		Alimentaire		Autre : .....			
oui	non	oui	non	oui	non	oui		non	

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

.....

**6 - 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
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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**7 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

1 L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non  
Si oui : joindre **OBLIGATOIREMENT** l'ordonnance récente et les médicaments correspondants  
(les médicaments avec la notice doivent être dans leur boîte d'origine et marquée au nom de l'enfant)  
\*\*\*\*\* Aucun médicament ne sera administré SANS ordonnance \*\*\*\*\*

2 L'enfant fait-il l'objet d'un **PROJET de SCOLARISATION PERSONNALISE** ?  oui  non  
Si oui : joindre **OBLIGATOIREMENT** une copie

**8 - AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

1 L'enfant mouille-t-il son lit ?  oui  occasionnellement  non  
si oui, ajoutez au trousseau : 2 pyjamas supplémentaires & 1 alèze

2 L'enfant partira-t-il en classe de découvertes avec :  
des lunettes ?  oui  non quand doit-il les porter ?.....  
une prothèse dentaire ?  oui  non quand doit-il la porter ?.....  
autre ?.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.  
La famille est immédiatement avertie.

**9 - RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

Ces renseignements sont strictement confidentiels. N'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant pendant le séjour :

**IMPORTANT** : Ne remettez jamais à votre enfant l'original du carnet de santé.  
Si vous le jugez utile, joignez-en une copie à la présente fiche sanitaire.