

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(D'après le cerfa 10008\*02)

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'élève. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et sera détruite à la fin du séjour ou vous sera rendue sur simple demande.

**Séjour ou activité** : .....

**Elève** : Nom ..... Prénom .....

Classe : ..... Date de naissance : ..... Sexe : garçon  fille

**Vaccinations** : à remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'élève

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

Si l'élève n'a pas les vaccins obligatoires, pourquoi ?

**Joindre un certificat médical de contre-indication.** Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES

### Renseignements médicaux concernant l'élève

L'élève suit-il un régime alimentaire particulier ? oui  non

Si oui, préciser : .....

L'élève suivra-t-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

**Si oui, joindre l'original d'une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'élève avec la notice)**

**ATTENTION** : pensez à anticiper les maux de tête, de ventre, les petits coups ou bleus, saignement de nez, mal des transports, etc. ... !!

Car ils sont inévitables et sans ordonnance et cachet prévu à cet effet, ils deviennent vite contraignants, voire handicapants, pour le séjour de votre enfant.

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'élève a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE	SCARLATINE
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	ASTHME
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**Allergies** : Poils/plumes oui  non  Médicamenteuse oui  non   
Alimentaires oui  non  Autres : .....

Préciser la cause exacte de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler et fournir ordonnance originale et médicaments correspondants)

**Plan d'Aide Individualisé (PAI)** : oui  (joindre le dossier) non

**Recommandations utiles des parents**

Indiquer ici les contre-indications et autres difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'élève porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...Préciser.

Enurésie: oui  occasionnelle  non  S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? oui  non

Pratique sportive : autorisée  non autorisée (joindre un certificat médical)

**Nom du médecin traitant** : .....

Téléphone : .....

**Responsable de l'élève (pendant le séjour, s'il s'agit d'une garde alternée)**

NOM .....PRÉNOM .....

ADRESSE .....

Numéros de téléphone

Mère – Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

Père – Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

Tuteur - Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant: .....

Adresse du centre payeur : .....

**Autre personne pouvant être contactée si les responsables de l'élève ne répondaient pas :**

Nom ..... Prénom .....

Qualité (grand parent, autre) .....

Téléphone - Domicile : ..... Portable : ..... Travail.....

Je soussigné(e), M. ou Mme .....,  
demeurant à .....

agissant en qualité de (père, mère, tuteur ou tutrice), déclare autoriser mon enfant à participer aux différents séjours ou activités proposés par l'établissement St Louis Ste Marie.

J'autorise l'établissement à prendre, toute mesure d'urgence, tant médicale que chirurgicale, ou cas d'hospitalisation. J'autorise également, si nécessaire, le responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

J'autorise également l'établissement à rapatrier d'urgence mon enfant, en cas de nécessité.

Je déclare avoir pris connaissance de fait, qu'en cas de maladie, les frais engagés pour le traitement sont à la charge des familles.

A....., le...../...../.....

Signatures des parents précédées de la mention « lu et approuvé »