



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

A compléter par les parents et à remettre
au Syndicat Intercommunal de la Vallée de la Scarpe

DATE ET LIEU DU SEJOUR: « char à voile » Côte d'Opale
du 07 au 11 avril 2025

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant;
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1/ ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance:

Garçon:

Fille:

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

Vaccins obligatoires	Oui Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	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 médical de contre-indication

ATTENTION: Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

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	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire Aigü	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

Votre enfant est-il hémophile ?

OUI NON

ALLERGIES: Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non
Alimentaires Oui Non Autres :

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

-
-
-

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

-
-
-

Votre enfant peut-il pratiquer tous les sports ? OUI NON

Si NON précisez le ou lequel(s): _____

4/RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

-
-

5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse (pendant le séjour): _____

Tél. domicile :

Tél. portable:

Tél. bureau:

Nom et Tél. du Médecin traitant :

S'il y avait une urgence accepteriez-vous que votre enfant soit transporté à l'hôpital le plus proche ? OUI NON

Vous engageriez vous à couvrir les frais médicaux ? OUI NON

Votre enfant présente-t-il des contre-indications médicales ? OUI NON

Si OUI lesquelles ? _____

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: