

## Fiche individuelle

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole ou accueil de loisirs :

Classe ou groupe d'âges

### Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Protocole d'accueil individualisé :

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom	Nom	Lien de parenté	Téléphone	Mobile

### Informations complémentaires

Autorise à partir seul	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise la prise de photo	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise la participation aux sorties scolaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port de lunettes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port d'un appareil dentaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port d'un appareil auditif	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

### Pratiques alimentaires

Type de régime	Commentaires

Date et signature

## Fiche de la famille

### Responsable

Civilité : Prénom : Nom :

#### Situation

Qualité\* : Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

#### Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

#### Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

#### Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles\* :

Employeur :

Adresse :

\* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

#### Organismes Tiers

N° CAF :

N° MSA :

Régime\* :

\* Régime agricole / Régime général / Hors régime général

### Conjoint

Civilité : Prénom : Nom :

#### Situation

Qualité\* : Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

## Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

## Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

## Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles : \*

Employeur :

Adresse :

\* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

## Données complémentaires

Date et signature

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p style="margin: 0;">1 - ENFANT</p> <p style="margin: 0;">NOM :</p> <p style="margin: 0;">PRÉNOM :</p> <p style="margin: 0;">DATE DE NAISSANCE :</p> <p style="margin: 0;">GARÇON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

**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
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

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 MÉDICAUX 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 AIGÛ	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	
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 : 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, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

---



---



---



---

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI 

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON  OUI 

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : \_\_\_\_\_

---

Numéros de téléphone :

Mère : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

---

OBSERVATIONS

---

---

---

---

---