**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**

**CERFA N°10008\*02**

**Code de l'Action Sociale et des Familles**

1. **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**
2. 

DATE ET LIEU DU SEJOUR : **du 22 au 26 avril 2024 , Lycée agricole à Sées**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;

ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**2- VACCINATIONS** *(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).*

| **VACCINS**  **OBLIGATOIRES** | * + - 1. **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

**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 **médicament**s correspondants ***(boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)***

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?



RUBEOLE VARICELLE ANGINES RHUMATISMES SCARLATINE

NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □



COQUELUCHE OTITES ASTHME ROUGEOLE OREILLONS

NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □ NON □ OUI □



**ALLERGIES** : ASTHMES OUI □ NON □ MEDICAMENTEUSES OUI □ NON □

ALIMENTAIRES OUI □ NON □ Autres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC…. PRECISEZ.

**5- RESPONSABLE DE L’ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT

Je soussigné, responsable de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

Date et signature :