

# ECLAIREURS EVANGELIQUES DE FRANCE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de votre enfant.  
Elle vous sera rendue à la fin du séjour

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon :

Fille :

Dates et lieu du séjour : .....

.....

### Vaccinations obligatoires (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

**Dernier rappel** (se référer au carnet de santé)

Nom du vaccin ..... date : .....

**Merci de joindre une photocopie des vaccinations du carnet de santé (obligatoire)**

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? (même pour l'allergie) oui  non

**Si oui pour quelle raison** : .....

**Lequel** : .....

**Prend t-il des médicaments occasionnellement** ? (maux de tête, maux de ventre, allergie, règles, constipation ...) oui  non

**Si oui** préciser la raison et quel médicament (nom dosage et posologie)

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.

### Indiquer ci-après

**Les difficultés de santé** (maladies, accident, crises d'épilepsie, pipi au lit, tétanie, spasmophilie, hospitalisations, opérations, rééducation, bronchite ou otite).

**Préciser** les dates et les **précautions à prendre**.

**Recommandations particulières** (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

L'enfant sait nager oui  non

## Allergies

### Fait-il des réactions allergiques ?

- oui  non  à des médicaments, si oui lesquels ? .....
- oui  non  à des aliments ? si oui lesquels ? .....
- oui  non  fait-il des crises d'asthme ?
- oui  non  aux piqûres d'insectes ?
- oui  non  poussière, acariens, graminées (préciser) ?.....
- autre (préciser la cause de l'allergie) ?.....

**Comment se manifestent ces réactions ?** .....

**Quel est le traitement et la conduite à tenir en cas d'allergie ou asthme ?  
(si automédication le signaler)**

.....  
.....

**A-t-il un traitement préventif ou de fond ? Si oui lequel ? (Joindre l'ordonnance)**

.....  
.....  
.....

## Responsable de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse pendant le séjour : .....

.....

**Téléphone** (fixe et portable si possible) : .....

**N° sécurité sociale de l'assuré(e)** :

**Caisse de rattachement** : ..... **Mutuelle** : .....

CMU : oui  non  Nom et tel. du médecin traitant : .....

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 :

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

.....  
.....  
.....

### Observations

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....