



## Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| <b>Enfant :</b> <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon | Date et lieu de naissance : |
| Nom :  | Prénom :                    |
| Adresse :  |                             |

**Accueil :** **Dates du séjour :** du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Adresse du séjour de vacances :

### I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | oui | non | Dernier rappel | Vaccins recommandés | oui | non | Date |
|----------------------|-----|-----|----------------|---------------------|-----|-----|------|
| Diphtérie            |     |     |                | Hépatite B          |     |     |      |
| Tétanos              |     |     |                | Rubéole             |     |     |      |
| Poliomyélite         |     |     |                | Coqueluche          |     |     |      |
| ou DT polio          |     |     |                | Autres (préciser)   |     |     |      |
| ou Tétracoq          |     |     |                |                     |     |     |      |
| B.C.G.               |     |     |                |                     |     |     |      |

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

| Rubéole   | Varicelle   | Angine  | Scarlatine  | Coqueluche  |
|---|---|---|---|---|
| <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"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Otite   | Rougeole  | Oreillons   | Rhumatisme articulaire aigu                               |   |
| <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                              |

|                           |   |        |   |
|---------------------------|---|--------|---|
| Allergies médicamenteuses | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | asthme | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| alimentaires              | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | autres | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant mange du porc (jambon, saucisse, viande) ☐ oui ☐ non

Si non, quel régime alimentaire ?

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

### III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

### IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse pendant le séjour : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

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.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

Coordonnées de l'organisateur :

COMITE DU RHONE ET METROPOLE DE LYON DE BASKET BALL

Camp d'été COLLEGE SESSION

Atrium 3, 1-3 rue Colonel Chambonnet 69500 BRON

Directeur

Franck SAILLANT

06 27 08 36 24

