



## 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.

Enfant :  fille  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
Diphhtérie				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				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Allergies médicamenteuses alimentaires

oui  non  
 oui  non

asthme  oui  non  
autres  oui  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

