

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 – JEUNE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON :

FILLE :

Dates et lieu du séjour : **Camp des jeunes**

**Rue Mgr Rodhain**

**65 100 LOURDES**

**du 19 au 22 février 2022**

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du jeune ;**  
**A la fin du camp, elle sera détruite**

### 2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels
Diphthérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
<b>Ou DT polio</b>			
<b>Ou Tétracoq</b>			

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.

### 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice) à nous remettre au départ.

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et seul.**

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

Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons 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, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre jeune porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ETC...  
Précisez.

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

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, transport, hospitalisation,  
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :