

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Réservé à UFCV

N° de commande | \_\_\_\_\_



1

## L'ENFANT (Écrire en majuscules)

**NOM** ..... **PRÉNOM** .....

Date de naissance ..... Garçon  fille

Code et titre du séjour .....

Dates ..... Organisateur .....

Si matériel d'activité : Pointure : ..... Taille : ..... cm

Niveau de ski (le cas échéant) : .....

Photo de l'enfant

➔ Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, nous vous remercions de la compléter avec soin.

2

## VACCINATION (compléter le tableau ou joindre la copie du carnet de santé ou les certificats de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

➔ Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.  
**ATTENTION** : le vaccin anti-tétanique 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 fournir une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants au moment du départ (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.

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

**Rubéole** ..... oui  non       **Varicelle** ..... oui  non       **Angine** ..... oui  non

**Rhumatisme articulaire aigu** ... oui  non       **Scarlatine** ..... oui  non       **Coqueluche** ... oui  non

**Otite** ..... oui  non       **Rougeole** ..... oui  non       **Oreillons** ..... oui  non

### ALLERGIES :

**Asthme** ..... oui  non       **Médicamenteuses** .. oui  non       **Alimentaires** .. oui  non

Précisez .....

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

Précautions et conduite à tenir :

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

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) : .....

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Réservé à UFCV

N° de commande | | | | | | | | | |



## 4 RECOMMANDATIONS UTILES DU RESPONSABLE

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez...

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

## 5 RÉGIME ALIMENTAIRE \*

Sans porc     Sans viande     Végétarien

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

\* Les menus respectent les régimes alimentaires particuliers dans la mesure du possible, nos séjours ne servent pas de cuisine casher ou hallal.

## 6 RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

Adresse (pendant le séjour) : .....

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

Tél. fixe (et portable) : ..... Domicile : ..... Bureau .....

### OBLIGATOIRE : PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM ..... PRÉNOM .....

Lien avec l'enfant : .....

Tél. fixe : ..... Portable : .....

Mail : .....

Je soussigné(e) ..... **responsable légal** de l'enfant autorise mon enfant à partir sur ce séjour et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale anesthésie comprise) rendue nécessaire par l'état de l'enfant. J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.



Date

Signature (obligatoire)

## À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

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

Observations : .....

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