

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	NOM du jeune :
	Prénom du jeune:.....
	Date de naissance : / /
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Dates et lieu du séjour: Du 6 au 12 juillet 2025 à Lourdes

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour ; elle vous évite de vous démunir du carnet de santé. Les informations qui y sont transcrites sont confidentielles et ne seront portées qu'à la connaissance du directeur du séjour, de l'assistant sanitaire, aux professionnels de santé dont l'intervention serait requise et à toute personne ayant besoin d'informations particulières (en particulier concernant les allergies alimentaires).

1-Vaccinations

Joindre **impérativement** une copie du carnet de santé avec les vaccinations à jour ou une attestation du médecin certifiant que le jeune est à jour de ses vaccinations.

Si le jeune n'est pas à jour des vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2-Renseignements médicaux concernant le jeune

Le jeune 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 marquées au nom du jeune avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.

Le jeune 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"/>	Orillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Allergies: Asthme oui non

 Médicamenteuses oui non

 Alimentaires oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler):

.....

.....

.....

Nom du jeune:.....Prénom du jeune:.....

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

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

3 –Recommandations utiles des parents

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

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

4 –Responsable du jeune

Je soussigné, Nom:..... Prénom:.....

Adresse(pendant le séjour):.....

.....

Téléphone fixe (domicile) : .../.../.../.../... Téléphone portable : .../.../.../.../...

Téléphone fixe (bureau) : .../.../.../.../...

Nom et téléphone du médecin traitant :

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du séjour à prendre toutes mesures urgentes rendues nécessaires par l'état du jeune.

Fait à.....,le.../.../20.....

Signature