



FICHE SANITAIRE DE LIAISON RESPONSABLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

Encadrant.e	Personne à prévenir
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
..... Date	 Lien
et lieu de naissance :	avec l'encadrant.e :
... Adresse :	Adresse :
.....	
.....	
... N° de sécurité sociale :	 Téléphone fixe :
.....	 Téléphone portable :
Médecin traitant (facultatif)	
Nom :	Téléphone :

→ **Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations). *Si l'encadrant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication.* **Attention** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication.

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou Dt Polio			
Ou Tétracoq			

Vaccins recommandés	Dates
Hépatite B	
Rubéole / Oreillons / Rougeole	
Coqueluche	
BCG	
COVID	
Autres (préciser)	

L'encadrant(e) suit - iel un traitement médical pendant le séjour ?

☐ Oui, pour quelle pathologie ?

☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine

marquées au nom de l'encadrant avec la notice.

→ **Allergies :** (précisez les causes de l'allergie et les conduite à tenir. Si automédication, le signaler) – Asthme : ☐ Oui ☐ Non

– Alimentaire :

Médicamenteuse :

Autres :

→ **L'encadrant a t'il déjà eu les maladies suivantes ?**

	Oui	Non
Rubéole		
Coqueluche		
Scarlatine		

	Oui	Non
Varicelle		
Rhumatisme articulaire aigu		
Angine		

	Oui	Non
Rougeole		
Oreillons		
Otite		

→ **Indiquez ci-contre les difficultés de santé** (Maladie, accident, crise convulsives, opérations, hospitalisation, rééducation. En précisant la date et les précautions à prendre)

.....

.....

.....

.....

→ **Recommandations utiles** (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires...)

.....

.....

.....

.....

→ **Commentaires, observations :** (régime alimentaire..)

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements portés sur cette

fiche . Date : Signature :