

# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à communiquer au personnel médical en cas d'accident grave et d'avoir un référent à contacter.

Elle évite éventuellement de se munir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	Date de naissance :
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Numéro carte vitale :	
Pensez à vous procurer votre carte européenne d'assurance maladie avant le départ (démarches auprès de la Sécurité Sociale).	

## I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	oui		non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui		non		Date
Diphtérie						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 la personne n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## II - Renseignements médicaux :

Est-ce que je dois suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?  oui  non  
Si oui, précisez les **médicaments** et éventuellement la posologie :

**Portez-vous une prothèse ou un élément métallique intra corporel**

oui  non

**Quel est votre groupe sanguin ?**

A  B  AB  O

**et le facteur rhesus :**

Rh+  Rh-

Allergies : médicamenteuses  oui  non  
alimentaires  oui  non

asthme  oui  non  
autres  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

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 il y aurait d'autres remarques utiles (porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires régime alimentaire particulier, etc... ?)

## IV - Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

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

Je soussigné, \_\_\_\_\_ **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise / n'autorise pas** (rayer la mention inutile) le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de la personne.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :