

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utilisés pendant le séjour de votre enfant. Cela vous évite de vous démunir de son carnet de santé. Cette fiche pourra être communiquée au médecin en cas de besoin. Nous vous garantissons la confidentialité de toutes les informations qu'elle contient.

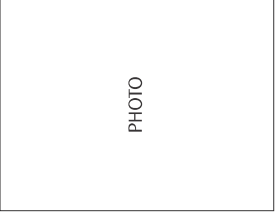
1- ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Age : Sexe : M F

Taille : Pointure : Poids :

LIEU DU SÉJOUR : DATES : / /



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

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Hépatite B | |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| BCG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

**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, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

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

RUBEOLE
 oui non

VARICELLE
 oui non

ANGINES
 oui non

SCARLATINE
 oui non

ROUGEOLE
 oui non

OTITES
 oui non

OREILLONS
 oui non

COQUELUCHE
 oui non

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) :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... SI OUI, PRÉCISEZ :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. FIXE DOMICILE : BUREAU :

PORTABLE PERSO : E-MAIL PERSO :

TEL OÙ VOUS JOINDRE 24h/24 :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

AUTRE PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Je soussigné(e), 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, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature (obligatoire):

N.B : La fiche sanitaire et la copie du carnet de santé devront impérativement être retournées et dûment remplies et signées avec le dossier d'inscription au C.E dont vous dépendez. En fonction du lieu de séjour un certificat médical spécifique peut vous être demandé (voir le "projet aventure" envoyé 15 jours avant le départ).

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES :

OBSERVATIONS :