


Lieu du séjour : _____

Dates : _____



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1. ENFANT
	NOM :
Photo de l'enfant 	Prénom :
	Date de naissance :
	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
	Poids : Taille :

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

2. VACCINATIONS OBLIGATOIRES : Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite (enfants nés avant le 1er janvier 2018)

Vous pouvez joindre une copie de la page de vaccinations concernée, du carnet de santé, indiquant l'identité de l'enfant.

NOM du vaccin : _____ Date dernier rappel : _____

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre **obligatoirement** une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans les boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant, joindre également la notice. Sans ordonnance, aucun médicament ne sera administré. Il en est de même si automédication pour douleurs récurrentes par exemple.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :				
Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angines 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"/>	Otites oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

L'enfant a-t-il des allergies :			
Asthme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Alimentaires oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Autres oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

(si automédication, joindre **obligatoirement** une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans les boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant, joindre également la notice. Sans ordonnance, aucun médicament ne sera administré.)

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

Si votre enfant a un PAI avec l'école, joindre une copie.

4. RECOMMANDATIONS UTILES concernant lunettes, prothèses dentaires, problèmes d'énurésie, etc.

Précisez : _____

Responsable légal :

Nom : _____ Prénom : _____

Tél père : _____ Travail : _____

Tél mère : _____ Travail : _____

Adresse **pendant le séjour** : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

Adresse du centre payeur : _____

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) : _____

Je soussigné (e), _____ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le ____ / ____ / ____ signature du responsable légal :

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR :
