

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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.

1. ENFANT

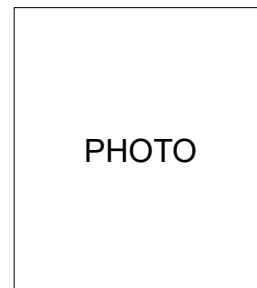
Nom :

Prénom :

date de naissance :

Poids : Taille :

Garçon Fille



2. VACCINATIONS

Joindre obligatoirement une copie des pages de vaccinations du carnet de santé en mentionnant : Nom, Prénom, date de naissance sur chaque page.

*Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin antitétanique 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 **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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angines <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otitis <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

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

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.)*

Régime alimentaire spécifique :

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 : (lunettes, prothèses dentaires, problèmes d'énurésie, phobie scolaire, difficultés relationnelles, anorexie, etc.) Si votre enfant a un PAI avec l'école, joindre une copie.

5. RESPONSABLE LÉGAL

Nom : Prénom :

Tél. père : Tél. travail :

Tél. mère : Tél. travail :

Adresse pendant le séjour :

N° de Sécurité Sociale :

Adresse du centre payeur :

Si l'enfant bénéficie de la CMU, merci de joindre une attestation.

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.

Signature du responsable légal :

Fait le :

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR :