

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera remise à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

1°) ENFANT

NOM : Prénom :
 SEXE : Fille Garçon Date de naissance :

2°) VACCINATION

(Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		
Du DT coq		
Du Tétracoq		
D'une prise Polio		
Hépatite B RAPPELS		

Si l'enfant n'est pas vacciné pourquoi ?

.....

	NATURE	DATES
Injections de sérum		

3°) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE			VARICELLE			ANGINE			RHUMATISME			SCARLATINE		
OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON

COQUELUCHE			OTITES			ASTHME			OREILLONS		
OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON

4°) INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

	DATES

5°) RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI NON OCCASIONNELLEMENT

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

6°) RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : Prénom :

ADRESSE :

N° de S.S. : domicile :

portable : travail :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

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

DATE :

Signature

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

Lieu du séjour :	Cachet de l'organisme (siège social)
Arrivée le :	
Départ le :	

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

Par le médecin (qui indiquera ses noms, adresse et n° de tél)

Par le responsable du séjour (qui indiquera ses noms et adresse)

.....
.....
.....