

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueil de Loisirs de jeunes Vacances de printemps 2015

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

1°) ENFANT

NOM :

Prénom :

SEXE : F G

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			RUBEOLE			OREILLONS		
OUI		NON	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 SUIT-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 de l'accueil : 44 Av. Gambetta - BP 51 17800 PONS Tel : 05 46 94 08 17	Cachet de l'organisme (siège social) Direction : Véronique FRANCO - Nicole TEYSSIER
Du 27 au 30 avril 2015	

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)