

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 rendue à la fin du séjour avec des observations éventuelles.

ENFANT : NOM _____ PRENOM _____
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE _____

II VACCINATIONS : (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.)

| ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE | | | | | |
|---|-------|-------------------|-------|-------------------|-------|
| Précisez s'il s'agit : | | VACCINS PRATIQUES | | DATES | |
| du DT POLIO | | | | | |
| du DT COQ | | | | | |
| du TRETRACOQ | | | | | |
| d'une prise POLIO | | | | | |
| RAPPELS | | | | | |
| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | | ANTIVARIOLIQUE | | AUTRES VACCINS | |
| 1 ER VACCIN | DATES | VACCIN | DATES | VACCINS PRATIQUES | DATES |
| REVACCINATION | | 1 ER RAPPEL | | | |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

| INJECTION DE SERUM | NATURE | DATES |
|--------------------|--------|-------|
| | | |
| | | |

III RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |

GROUPE SANGUIN DE L'ENFANT : _____

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opération, rééducations)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Nom du Médecin traitant de votre enfant : _____ N° Tél : _____

Adresse : _____

IMPORTANT : Ne pas omettre de remplir et signer le verso de la présente fiche sanitaire

IV RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ?

NON

OUI

SI OUI, LEQUEL ?

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

L'ENFANT SUIV-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?

NON

OUI

SI OUI, LEQUEL ?

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLÉE ?

NON

OUI

V RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE S. S. _____ N° DE TEL : _____

DOMICILE

BUREAU

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Je soussigné, 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

ARRIVEE LE _____

DEPART LE _____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera son nom, adresse et n° de tél)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera son nom et adresse)