

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

A REMPLIR AVEC SOIN ET A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA FICHE D'INSCRIPTION

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.

CENTRE ou SÉJOUR : _____ **DATES :** _____

I - ENFANT : NOM : Prénom :
 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).

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉNIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
	du DT polio	
du DT coq	/...../.....
du Trétracoq	/...../.....
d'une prise polio	/...../.....
RAPPELS	/...../.....

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1 ^{er} VACCIN/...../.....	VACCIN/...../.....	/...../.....
REVACCINATION/...../.....	1 ^{er} RAPPEL/...../.....	/...../.....

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM	/...../.....
	/...../.....

III - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

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

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ, EN PRÉCISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

IV - RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-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 MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

V - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : Prénoms :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° de S.S. : [] N° de Tél. : [] 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 :

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

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

.....

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

ARRIVÉE LE/...../.....

DÉPART LE/...../.....