

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## L'ENFANT

Nom du séjour :

NOM :

Prénom

Dates :

Date de naissance :

Garçon

Fille

## 1 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	COQUELUCHE	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	ASTHME	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
VARICELLE	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	OTITE	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	RHUMATISME	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
ANGINE	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	ROUGEOLE	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	ARTICULAIRE AÏGU		
SCARLATINE	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	OREILLONS	<b>OUI</b>	<b>NON</b>			

L'enfant suit-il un **traitement médical** au moment du séjour ? OUI NON  
Si oui, **joindre** une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**L'enfant a-t-il des réactions d'allergies ou d'intolérance** (joindre protocole du médecin) :

A certains médicaments ? Lesquels ?

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A certains aliments ? Régime alimentaire ? Lesquels ?

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**L'enfant souffre-t-il d'allergies respiratoires ?**

Lesquelles :

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, dentaires, etc... précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Pour les filles : est-elle réglée ? OUI NON

Votre enfant fume-t-il ? OUI NON

## 2 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

Numéros de téléphone : **!/\ doivent être à jour pendant le séjour**

Mère : domicile :

portable :

travail :

Père : domicile :

portable :

travail :

**Attention nous n'utilisons pas ce numéro pendant le transport.**

**Pensez à mettre vos numéros de portable à jour sur votre compte client.**

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation. Je m'engage à rembourser à **Cap Juniors**, s'il y a lieu, le montant des frais médicaux avancés.*

Date :

Signature :