

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANTS LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS MUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC LES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

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 photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)
 ANTIPOLIOMYELITIQUE – ANTIDIPHTERIQUE – ANTITETANIQUE – ANTICOQUELUCHE

	VACCINS PRATIQUES	DATES
Précisez s'il s'agit : Du DT polio Du DT Coq Du Tétracoq D'une prise polio Hépatite B		
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		AUTRES VACCINS
	DATES	VACCINS PRATIQUES
		DATES
1 ^{er} vaccin		
revaccination		

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ? _____

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM		

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA 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"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (Maladies, accidents, crise convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI
 SI OUI LEQUEL ? _____
 SI L'ENFANT SOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR ? N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? NON OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE SS : _____ N° DE TEL : _____
 ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour de prendre, le cas échéant, toute mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.
 DATE : _____ Signatures :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : _____ Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE : _____
 DEPART LE : _____

OBSERAVTIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR
 PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses noms et adresse)
