

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- L'enfant

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Garçon Fille

DATE ET LIEU DU SEJOUR :

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin de son séjour.

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtéries				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole-Oreillon-Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (précisez)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLON <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler) :

.....



Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....
.....
.....

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

.....
.....
.....
.....

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

.....

Tél. fixe, portable, domicile : □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□

Tél bureau : □□ □□ □□ □□ □□

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif):,

Je soussigné,, 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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
SA MRC
COMPLEXE YVES DU MANOIR
500 AVENUE VANIERES
34070 MONTPELLIER

OBSERVATIONS :

.....
.....
.....
.....