

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

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

| VACCINS OBLIGATOIRES | Oui | Non | Date des derniers rappels | VACCINS RECOMMANDES | Dates |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DTpolio | | | | Autres(préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente 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 (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà 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 | Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Rhumatisme articulaire aigu <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 | Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Autres (précisez): |

ALLERGIES: A S T H M E

oui non

MEDICAMENTEUSES 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 (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, 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.

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

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? o u i non

5 –RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :..... Prénom:.....

Adresse (pendant le séjour de l'enfant):.....

.....
.....

Téléphone fixe :..... Téléphone portable :,

Téléphone bureau :.....Téléphone du médecin traitant (facultatif) :.....

Numéro de sécurité sociale :

Adresse du centre payeur:.....

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 mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également le responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital et à le ramener sur le lieu du séjour, après y avoir reçu les soins.

Date:.....

Signature :

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 (boîtes de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

Scarlatine

Autres (précisez) :

.....

Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme articulaire aigu

Coqueluche Otite Rougeole Oreillons

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES :

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

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

1 – ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, 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.

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

L’enfant mouille t-il son lit ? oui non occasionnellement

S’il s’agit d’une fille, est-elle réglée ? oui non

5 – RESPONSABLE DE L’ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse (pendant le séjour de l’enfant) :

.....
.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Téléphone bureau : Téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse du centre payeur :

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 mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant. J’autorise également le responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l’hôpital et à le ramener sur le lieu du séjour, après y avoir reçu les soins.

Date : Signature :

6 – A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L’ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l’organisateur du séjour ou du centre de vacances :

Magali SWITA

10 Le Lusigneul

27 390 Montreuil l’Argillé

Téléphone portable : 06 15 38 25 79

E-mail : switamag@free.fr

Observations :

.....

.....

.....

.....