

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

I. ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

SEXE : GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE : _____

II. VACCINATION *(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.)*

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE.

<i>Précisez s'il s'agit :</i>		VACCINS PRATIQUES	DATES		
Du DT polio					
Du coq					
Du Trétracoq					
D'une prise polio		RAPPELS			
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS		
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
1 ^{er} VACCIN		VACCIN			
REVACCINATION		1 ^{er} RAPPEL			

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

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crise convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON

SI OUI LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIER PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

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

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° de SS : _____ TEL : (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 :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

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

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