

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

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 les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé : 3 pages (pages 65 à 67 sur les modèles de carnets récents).*

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTHÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHE

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
<i>Précisez s'il s'agit :</i>		/ /
du DT polio		/ /
du DT coq		/ /
du Tétracoq		/ /
d'une prise polio		/ /
Hépatite B RAPPELS		/ /

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
1er VACCIN	VACCIN	VACCINS PRATIQUÉS
REVACCINATION	1er RAPPEL	DATES
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,
 POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		/ /
		/ /

III. **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

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

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS : _____

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

SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

Coordonnées et numéro de _____
téléphone du médecin traitant.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE TÉL.	DOMICILE	PORTABLE DE :	PORTABLE DE :	BUREAU
---------------	----------	---------------------	---------------------	--------

N° DE SECURITE SOCIALE _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Assurance / Mutuelle : joindre le numéro ou une photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile qui couvre l'enfant et de l'attestation de mutuelle complémentaire des parents.

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 RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Cachet de l'Organisme
(siège social) :

ARRIVÉE LE :

DÉPART LE :

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

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