

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Garçon : Fille :

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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

DATE ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS MUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical durant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente avec 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 réceptionné sans ordonnance

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

Rubéole <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui Non	Otite <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui Non	Angine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui Non	Rhumatisme (articulaire aigu) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui Non	Varicelle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui Non	Rougeole <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui Non	Oreillons <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui Non	

Allergies : Asthme

Alimentaire

Médicamenteuses

Autres

Si oui, cause et conduite à tenir : (copie du PAI si nécessaire)

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

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.

Date :

Signature :