

Septembre 2017/Août 2018

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Garçon  Fille

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

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé)

Table with columns: Vaccins obligatoires, oui, non, Dates. Includes rows for Diphthérie, Coqueluche, etc.

Photocopie Obligatoire du Carnet de Santé faisant apparaître les Vaccinations de l'Enfant

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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?

Table with columns for Rubéole, Varicelle, Angine, Rhumatisme Articulaire aigu, Scarlatine, Coqueluche, Otite, Rougeole, Oreillons. Each cell contains 'oui' and 'non' checkboxes.

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).

Series of horizontal dotted lines for writing observations or details.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Series of horizontal dotted lines for writing health difficulties.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

Series of horizontal dotted lines for writing parental recommendations.

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom ..... Prénom .....

Adresse (pendant le séjour) .....

Tél. fixe ..... bureau.....

Téls portables .....

Nom et Tél. du médecin traitant | .....

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 :

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Series of horizontal dotted lines for contact information.

OBSERVATIONS

Series of horizontal dotted lines for observations.