

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES DURANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

I. ENFANT	NOM :	PRENOM :
	SEXE GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE : __/__/__

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

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
	__/__/__
	__/__/__

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non oui	non oui	non oui	non oui	non oui
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non oui	non oui	non oui	non oui	non oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	__/__/__
.....	__/__/__
.....	__/__/__

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS : Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, allergies alimentaires et médicamenteuses etc... Précisez.

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

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? oui
non

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

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

PERE
NOM : PRENOMS :
ADRESSE :
.....
N° de S.S : Tél. Domicile :
Tél. Portable : Tél. travail :
Email :

MERE
NOM : PRENOMS :
ADRESSE (si différente) :
.....
N° de S.S : Tél. Domicile :
Tél. Portable : Tél. travail :
Email :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

EN CAS D'UGENCE : personnes à joindre et autorisées à reprendre l'enfant (min. 2 personnes)

NOM et Prénom : Tél. :

PHOTOS
Autorisez-vous l'utilisation de photos ou de films pris lors d'activités dans différentes publications et dans le cadre des activités (*presse locale et communication interne*) : oui non

Si oui, autorisez-vous le transfert de ses photos ou films pris lors d'activités par le biais d'internet ?
oui non

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 :