

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE 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 et joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIPHTÉRIQUE – ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit : Du DT polio Du DT coq Du Tétracoq D'une prise polio Hépatite B	VACCINS PRATIQUÉS		DATES		
	RAPPELS			/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/

	ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES	
1 ^{ER} VACCIN						
REVACCINATION		1 ^{er} RAPPEL				

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

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

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOMS : _____

ADRESSE (PENDANT LA PÉRIODE DU SÉJOUR) : _____

N° DE SS	N° DE TÉL.	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 les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE :

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 noms et adresse)