

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC LES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

I. **ENFANT** : NOM : _____ PRENOM : _____
 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)

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	
DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	___/___/___		___/___/___
REVACCINATION	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___		___/___/___
Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio				
RAPPELS				
				___/___/___
				___/___/___
				___/___/___
				___/___/___

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 <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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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 <input type="checkbox"/>

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

___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___

IV. **RECOMMANDATIONS DES PARENTS** :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI
 SI OUI LEQUEL ? _____
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, NOUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? NON OUI

V. **RESPONSABLE DE L'ENFANT** : NOM : _____ PRENOM : _____
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE SS : _____ N° DE _____ DOMICILE _____
 TEL : _____
 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 mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature : _____

DATE : _____

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DE SEJOUR : _____

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR
 PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____