



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**A REMPLIR AVEC SOIN ET A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA FICHE D'INSCRIPTION**

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.

CENTRE ou SÉJOUR :

DATES :

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 ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPTÉRIQUE - ANTITÉNIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Précisez s'il s'agit :		...../...../.....
du DT polio		...../...../.....
du DT coq		...../...../.....
du Trétracoq		...../...../.....
d'une prise polio		...../...../.....
RAPPELS		...../...../.....

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUÉS
1 <sup>er</sup> VACCIN	...../...../.....	VACCIN	...../...../.....	...../...../.....
REVACCINATION	...../...../.....	1 <sup>er</sup> 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	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	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, hospitalisations, opérations, rééducations)

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

IV - RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?  NON  OUI

V - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : ..... Prénoms : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

.....

.....

.....

N° de S.S. : ..... 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 mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ..... Signature : .....

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN  (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR  (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

.....

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

ARRIVÉE LE ...../...../.....

DÉPART LE ...../...../.....

.....