

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – Enfant

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

Garçon • Fille •

Dates et lieu du séjour :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour. Les informations qui y sont transcrites sont confidentielles et ne seront portées qu'à la connaissance du directeur du séjour, de l'assistant sanitaire, aux professionnels de santé dont l'intervention serait requise et à toute personne ayant besoin d'informations particulières (en particulier concernant les allergies alimentaires).

2 – Vaccinations

Joindre **impérativement** une copie du carnet de santé avec les vaccinations à jour de l'enfant ou une attestation du médecin certifiant que l'enfant est à jour de ses vaccinations. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3- 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 délivré sans ordonnance.

L'enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole oui • non •

Varicelle oui • non •

Angine oui • non •

Rhumatisme articulaire aigu oui • non •

Scarlatine oui • non •

Coqueluche oui • non •

Otite oui • non •

Rougeole oui • non •

Orillons oui • non •

Allergies :

Asthme : oui • non •

Médicamenteuses : oui • non •

Alimentaires : oui • non •

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

(si automédication, le signaler) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOM DE L'ENFANT : Prénom de l'enfant :

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

4 – Recommandations utiles des parents

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

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

5 – Responsable de l'enfant

Je soussigné, NOM : Prénom :

Adresse (pendant le séjour)

:.....
.....

Téléphone fixe (domicile) : / / / / Téléphone portable : / / / /

Téléphone fixe (bureau) : / / / /

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du séjour à prendre toutes mesures urgentes (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à , le / / 20.....

Signature :