

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; EN CAS DE PROBLÈME, ELLE PEUT PERMETTRE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE GAGNER DU TEMPS DANS LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE ENFANT.

ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR. ELLE EST CONFIDENTIELLE.

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

1 – ENFANT

NOM : PRÉNOM :

.....

DATE DE NAISSANCE :

.....

FILLE GARÇON

2 - VACCINATIONS :

Fournir des photocopies des pages vaccination du carnet de santé

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHME : OUI NON

MÉDICAMENTEUSES : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON

AUTRES : OUI NON

PRÉCISEZ LA(LES) CAUSE(S) DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

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... PRÉCISEZ.

5 – RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM(S)

PRÉNOM(S)

.....

ADRESSE (PENDANT LE
SÉJOUR)

.....

NUMÉROS SUR LESQUELS VOUS ÊTES JOIGNABLES À TOUT MOMENT

.....

.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

.....

*Je soussigné.e/nous soussignons,
responsable legal.e/responsables légaux de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical,
hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature(s) :