

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant.

ENFANT

Garçon

Fille

NOM : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Lieu de Naissance : _____

Taille : _____ Poids : _____

Nom - adresse et téléphone de votre Médecin Traitant :

VACCINATION (à remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Antipoliomyélitique – Antidiphtérique – Antitétanique - Anticoqueluche		
Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT POLIO		
Du DT COQ		
Du Tétracoq		
D'une prise polio		
Hépatite B		

Antituberculeux (BCG)		Antivariolique		Autres Vaccins	
	DATES		DATES		DATES
1 ^{er} Vaccin		1 ^{er} Vaccin			
Revaccination		Revaccination			

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

	NATURE	DATES
Injection de sérum		

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

Rubéole :

Varicelle :

Angines :

Rhumatisme :

Scarlatine :

Coqueluche :

Otites :

Asthme :

Rougeole :

Oreillons :

Voir au dos →

PROBLEMES DE SANTE SURVENU A L'ENFANT :

(Maladie, Accidents, Crises Convulsives, Allergies, Hospitalisations, Opérations, Rééducations ...)

NATURE	DATES

TRAITEMENT :

Actuellement l'enfant suit-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 des médicaments)

REGIME ALIMENTAIRE :

Allergies particulières, régime sans porc, régime sans viande, etc.

Non Oui

Si oui lequel ? _____
(Pour information : il ne sera pas servi de viande halal sur le centre)

L'enfant mouille-t-il son lit ? Non Occasionnellement Oui

Si fille est-elle réglée Non Oui

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

N° Téléphone : _____ ou _____ ou _____

N° SS : _____

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 :