



N° 10008 01

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CEtte FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR REcueILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUx QUI POUrrONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

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 - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE		VACCINS PRATIQUÉS		DATES	
Précisez s'il s'agit :					
du DT polio					
du DT coq					
du Tétracoq					
d'une prise polio					
Hépatite B					
RAPPELS					
ANTITUBERCULEUSE (BOG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES	DATES
/ /		/ /		/ /	/ /
/ /	1er RAPPEL	/ /		/ /	/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? _____

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUx CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RU BÉOLE	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 DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, d'ergies, hospitalisation, 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 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° DESS _____ 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 : _____

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : Accueil de loisirs CONDETTE

Carnet de l'Organisme (à léger soada)

ARRIVÉE LE ____/____/____ DÉPART LE ____/____/____
 OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR
 PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

MAIRIE DE CONDETTE
 SEJOUR VACANCES
 JUILLET 2017