

Fiche sanitaire de liaison

 En l'absence de ce document, votre enfant ne pourra être accueilli durant les activités

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale de l'enfant : _____

- VACCINATIONS (Merci de joindre les photocopies du carnet de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 (y compris le paracétamol)

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
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"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	ASTHME
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"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : - ALIMENTAIRES oui non - MEDICAMENTEUSES oui non
- AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)
EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

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

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non

Consignes particulières :

L'enfant fait-il la sieste l'après-midi ? oui non

RECOMMANDATION DES PARENTS

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

Précisez :

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

A remplir par les parents



En l'absence de ce document, votre enfant ne pourra être accueilli sur le séjour.

Je soussigné(e) _____

(Nom, prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Tel portable _____ Tel domicile _____ Tel travail _____

N° de sécurité sociale _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur, à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur :

NOM _____ Prénom _____

Né(e) le _____ Sexe _____

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :

NOM - Prénom _____ Lien de parenté _____

Adresse _____

Tel portable _____ Tel domicile _____ Tel travail _____

MEDECIN TRAITANT :

NOM _____ Tel _____

**Je m'engage en rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.
Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.**

Fait à _____ le _____

Signature (obligatoire, précédée de la mention « lu et approuvé)