FI012

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***1 - ENFANT*** |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | NOM : .............................................................................................  PRENOM : ......................................................................................  DATE DE NAISSANCE : ................................................................ |
|  | GARCON FILLE |

DATES ET LIEU DU SEJOUR : ............................................................................................................................................

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

1. ***- VACCINATIONS*** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS**  **OBLIGATOIRES** | **O U I** | **N O N** | **DATES DES**  **DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS**  **RECOMMANDES** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  |  |
| Poliomyélite |  |  |  | R.O.R. |  |
| Ou DT Polio |  |  |  | Coqueluche |  |
| Ou Tétracoq |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| B.C.G. |  |  |  |  |  |
| D.T.C.P. |  |  |  |  |  |
| Pentavac |  |  |  | MONOTEST |  |
| Prévenar |  |  |  |  |  |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

1. ***- 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.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBEOLE**  OUI NON | **VARICELLE**  OUI NON | **ANGINE**  OUI NON | **RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÜ**  OUI NON | **SCARLATINE**  OUI NON |
| **COQUELUCHE**  OUI NON | **OTITE**  OUI NON | **ROUGEOLE**  OUI NON | **OREILLONS**  OUI NON |  |

**ALLERGIES** ASTHME oui

non

MEDICAMENTEUSES oui

non

ALIMENTAIRES oui

non

AUTRES .................................................................

# PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

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

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

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

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

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

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

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

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

**INDIQUEZ CI-APRES :** FI013

LES DIFFICUTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

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

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

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

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

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

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

### - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...

PRECISEZ.

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

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

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

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

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

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

### - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ............................................................................................P..RENOM : ....................................................................

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR : .................................................................................................................................

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

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

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ........................................................................... BUREAU : ............................................

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(facultatif).............................................................................................................

Je soussigné, responsable légal 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

**OBSERVATIONS**

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

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

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

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

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

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

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