

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant l'accueil ou le séjour de l'enfant. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- ENFANT : NOM : PRENOM :
 Sexe : M / F Date de naissance :/...../.....

2 - VACCINATIONS (À remplir à partir du carnet de santé ou du carnet de vaccinations de l'enfant)
 ANTIPOLIOMYELITIQUE – ANTIDIPHTERIQUE – ANTITENIQUE –ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit :	Vaccins pratiqués	Dates
Du Dtpolio,		
DT coq,		
Tétracoq,		
d'une prise polio		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	Dates		Dates		Dates
1 vaccin		Vaccin			
Revaccination		1 ^{er} Rappel			

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

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	Dates

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

RUBEOLE	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 DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations) :

Descriptifs	Dates

4 - 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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : Prénoms :

ADRESSE : (pendant la période de l'accueil)

.....

Numéro de sécurité sociale	Portable	Domicile	Bureau

Je soussigné responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil/du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DE L'ACCUEIL/DU SEJOUR :

Cachet de l'organisme

.....

ARRIVEE LE :/...../.....

DEPART LE :/...../.....

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR/DE L'ACCUEIL

PAR LE MEDECIN :

.....

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR/ DE L'ACCUEIL :

.....
