

Ce modèle de fiche, à renseigner par les parents, ne dispense en aucun cas de la présentation d'une copie du carnet de santé de l'enfant.

<p>FICHE SANITAIRE</p> <p>DE LIAISON</p>	<p style="text-align: center;">1- ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARCON <input type="radio"/> FILLE <input type="radio"/></p>
--	---

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.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéoles Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG :			<i>Vaccination non obligatoire depuis le décret n° 2007 –1111 du 17/07/2007</i>		

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

3- RENSEIGNEMENT 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 <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	VARICELLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	ANGINE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	SCARLATINE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
COQUELUCHE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OTITE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	ROUGEOLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OREILLONS OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES OUI NON

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

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre ;

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

Existence d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : oui non

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc..

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

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....Prénom.....

ADRESSE (pendant le séjour)

.....
.....

TEL. Fixe (et Portable) Domicile.....bureau :.....

NOM et TEL du Médecin Traitant

.....

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

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

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

OBSERVATIONS

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