

Centre de Loisirs Sans Hébergement de Férolles-Attilly

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

➤ Enfant

Nom:Prénom :.....

Date de naissance:...../...../..... Garçon Fille

➤ Renseignement médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant son 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.

➤ Vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

➤ Allergies

Asthme oui non
Alimentaires oui non
Médicamenteuses oui non
Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

➤ Indiquez ci-après

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

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

➤ Recommandations utiles des parents

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

.....
.....

➤ **Responsable de l'enfant**

Nom :..... Prénom :.....

Adresse (pendant le séjour) :.....

☎ Fixe :..... ☎ Portable :.....

☎ Bureau :.....

Nom et tél. du médecin traitant :

Autre personne que la famille à contacter en cas d'urgence :

M., Mme..... ☎ :.....

M., Mme..... ☎ :.....

M., Mme..... ☎ :.....

Je soussignée,.....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 :