



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

« LE REPAIRE DES PIRATES »

Nom :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Garçon Fille

VACCINATIONS (JOINDRE LES COPIES DU CARNET DE SANTE)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre indication ATTENTION ; le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

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 non ouvertes, dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

MEDECIN TRAITANT

NOM.....TELEPHONE.....

ADRESSE.....

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE	COQUELUCHE
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"/>	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS		
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 :

ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTS	OUI <input type="checkbox"/>
	NON <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRE	OUI <input type="checkbox"/>	AUTRES	OUI <input type="checkbox"/>
	NON <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (SI AUTOMEDICATION LE SIGNALER)

.....

.....

INDIQUEZ SI APRES :

REGIME ALIMENTAIRE

.....

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, 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.....

ADRESSE.....

.....

PORTABLE : DOMICILE : TRAVAIL :

JE SOUSSIGNE(E) RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT, DECLARE EXACT LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE FICHE ET AUTORISE LE RESPONSABLE DU SEJOUR A PRENDRE, LE CAS ECHEANT, TOUTES MESURES (TRAITEMENT MEDICAL, APPEL DES SERVICES D'URGENCE, HOSPITALISATION, INTERVENTION MEDICALE ET CHIRURGICALE) RENDUE NECESSAIRES PAR L'ETAT DE L'ENFANT.

SIGNATURES (OBLIGATOIRE)