

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES DURANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

I. ENFANT	NOM :	PRÉNOM :
	SEXE GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE : __/__/__

II. VACCINATIONS	<i>(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)</i>			
<i>Précisez s'il s'agit :</i>	VACCINS PRATIQUÉS	DATES		
Du DT polio	__/__/__		
Du DT coq	__/__/__		
Du Tétracoq	__/__/__		
D'une prise polio RAPPELS	__/__/__		
	__/__/__		
ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS		
1 ^{er} VACCIN	VACCIN	VACCINS	DATES	
			__/__/__	
REVACCINATION	1 ^{er} RAPPEL		__/__/__	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ?

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES
	__/__/__
	__/__/__

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non oui	non oui	non oui	non oui	non oui
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non oui	non oui	non oui	non oui	non oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	__/__/__
.....	__/__/__
.....	__/__/__

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS : *Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, allergies alimentaires et médicamenteuses etc... Précisez.*

.....

ACTUELLEMENT, L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
--	--

SI OUI, LEQUEL ?
SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS.

V. RESPONSABLES DE L'ENFANT

PÈRE
 NOM : PRÉNOMS :
 ADRESSE :

 N° de S.S : Tél. Domicile :
 Tél. Portable : Tél. travail :
 Email :

MÈRE
 NOM : PRÉNOMS :
 ADRESSE (si différente) :

 N° de S.S : Tél. Domicile :
 Tél. Portable : Tél. travail :
 Email :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

EN CAS D'URGENCE : personnes à joindre et autorisées à reprendre l'enfant (min. 2 personnes)

NOM et Prénom :	Tél. :
NOM et Prénom :	Tél. :
NOM et Prénom :	Tél. :
NOM et Prénom :	Tél. :

PHOTOS
 Autorisez-vous l'utilisation de photos ou de films pris lors d'activités dans différentes publications et dans le cadre des activités (*presse locale et communication interne*) : oui non

Si oui, autorisez-vous le transfert de ses photos ou films pris lors d'activités par le biais d'internet ?
 oui non

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

DATE :	Signature :
--------------	-------------------