

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.

Vaccinations

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Autres (préciser)	
Coqueluche					
Ou DT Polio					
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

Renseignements médicaux 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 l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne sera pris sans ordonnance.**

+ L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non Occasionnellement

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

- RUBÉOLE	Oui	Non	- COQUELUCHE	Oui	Non
- VARICELLE	Oui	Non	- OTITE	Oui	Non
- ANGINE	Oui	Non	- ROUGEOLE	Oui	Non
- OREILLONS	Oui	Non	- RHUMATISME	Oui	Non
- SCARLATINE	Oui	Non	ARTICULAIRE AIGÛ		

ALLERGIES :

- ASTHME	Oui	Non	- MEDICAMENTEUSES	Oui	Non
- ALIMENTAIRES	Oui	Non	- AUTRES :	_____	

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

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

Veillez indiquer 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, etc ? Précisez.

Responsable de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (pendant le séjour) : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. bureau : _____

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) : _____

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 _____

Merci de joindre une copie de l'attestation CMU si vous en bénéficiez.

À remplir par le directeur à l'attention des familles coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances : _____

Observations : _____