



N° 10008*01

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____
 SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS *(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)*

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

| Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B | RAPPELS | | VACCINS PRATIQUÉS | DATES |
|--|---------|--|-------------------|-------|
| | | | | / / |
| | | | | / / |
| | | | | / / |
| | | | | / / |
| | | | | / / |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | | ANTIVARIOLIQUE | | AUTRES VACCINS | |
|------------------------|-------|----------------|-------|-------------------|-------|
| | DATES | | DATES | VACCINS PRATIQUÉS | DATES |
| 1er VACCIN | / / | VACCIN | / / | | / / |
| REVACCINATION | / / | 1er RAPPEL | / / | | / / |

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

| | NATURE | DATES |
|---------------------|--------|-------|
| INJECTIONS DE SÉRUM | | / / |
| | | / / |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINES | RHUMATISMES | SCARLATINE |
| 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"/> |
| COQUELUCHE | OTITES | ASTHME | ROUGEOLE | OREILLONS |
| 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"/> |

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

| | |
|--|-----|
| | / / |
| | / / |
| | / / |

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE SS | _____ | N° DE TÉL. | _____ | DOMICILE | _____ | BUREAU | _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

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.

Signature :

DATE : _____

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE ____/____/____

DÉPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)
