

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	ENFANT	
	NOM : _____	
	PRENOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____ AGE _____	
	GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT

DATE ET LIEU DU SEJOUR : du 14 au 21 avril 2018 à Soustons dans les Landes

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				BCG	
OU Tétracoq				Autre (préciser)	

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.

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

N° sécurité sociale de l'assuré _____

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT : _____

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? OUI NON

si OUI joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**Médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
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 NON MÉDICAMENTEUSE OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

Votre enfant a-t-il un PAI ? Si oui lequel ? _____

Indiquez ci-après :

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

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des LENTILLES, des LUNETTES, des PROTHÈSES AUDITIVES, des PROTHÈSES DENTAIRES, etc..... PRÉCISEZ

4- RESPONSABLES DE L'ENFANT

PÈRE

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE (pendant le séjour) _____

NUMEROS DE TELEPHONE

domicile : _____ portable : _____ travail : _____

MÈRE

NOM _____

ADRESSE (pendant le séjour) _____

NUMEROS DE TELEPHONE

domicile : _____ portable : _____

5- AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) _____

représentant ou tuteur légal du jeune _____

* 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. J'autorise également, si nécessaire le directeur du séjour à faire sortir mon

* Autorise mon enfant à participer aux activités proposées lors du séjour.

6- INFORMATIONS

* En cas de désistement, l'intégralité du séjour restera acquise à partir du 30 mars 2018 (sauf présentation

* En cas de retour du jeune avant la fin du séjour (pour faute grave) les frais de transport du jeune et de

* En cas de pertes ou de vols d'objets de valeurs, la collectivité se décharge de toutes responsabilités

7- SIGNATURES

Fait à _____ le _____

Précédée de la mention "lu et approuvé"