

ÉCLAIREURS ÉVANGÉLIQUES DE FRANCE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir
des informations utiles
pendant le séjour de votre enfant.

Elle vous sera éventuellement
rendue à la fin du séjour.

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon : Fille :

Groupe EEF-LA CORDEE
du 27 novembre 2021 au 02 juillet 2022

Vaccinations obligatoires (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

Dernier rappel (se référer au carnet de santé)

Nom du vaccin : Date :

Merci de joindre une photocopie des vaccinations du carnet de santé (obligatoire)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication .

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? (même pour l'allergie) oui non

Si oui pour quelle raison :

Lequel :

Prend-il des médicaments occasionnellement ? (maux de tête, maux de ventre, allergie, règles, constipation, ...) oui non

Si oui préciser la raison et quel médicament (nom, dosage et posologie)

.....
.....
.....
.....

Joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice**) .

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Indiquer ci-après les difficultés de santé (maladies, accident, crises d'épilepsie, pipi au lit, tétanie, spasmophilie, hospitalisations, opérations, rééducation, bronchite ou otite).

Préciser les dates et les précautions à prendre.

Recommandations particulières (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'enfant sait nager oui non

Allergies

Fait-il des réactions allergiques ?

- oui non à des médicaments, si oui lesquels ?
- oui non à des aliments ? si oui lesquels ?
- oui non fait-il des crises d'asthme ?
- oui non aux piqûres d'insectes ?
- oui non poussière, acariens, graminées (préciser) ?
- autre (préciser la cause de l'allergie) ?

Comment se manifestent ces réactions ?

Quel est le traitement et la conduite à tenir en cas d'allergie ou d'asthme ?
(si automédication le signaler)

A-t-il un traitement préventif ou de fond ? Si oui, lequel ? (Joindre l'ordonnance)

Responsable de l'enfant

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Téléphone (fixe et portable si possible) :

N° de Sécurité Sociale de l'assuré(e) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Caisse de rattachement : Mutuelle :

CMU : oui non

Nom et téléphone du médecin traitant :

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 :

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR

Groupe EEF-LA CORDEE – 47 rue du Docteur Huguet – 31440 CIERP GAUD

Observations

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....