

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	1 – Enfant NOM : Prénom : Date de naissance : / / Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
--	---

Dates et lieu du séjour : Camp vélo – Somme – **du lundi 19 au samedi 24 août 2024**

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. Les informations qui y sont transcrites sont confidentielles et ne seront portées qu'à la connaissance du directeur du séjour, de l'assistant sanitaire, aux professionnels de santé dont l'intervention serait requise et à toute personne ayant besoin d'informations particulières (en particulier concernant les allergies alimentaires).

2 – Vaccinations

Joindre **impérativement** une copie du carnet de santé avec les vaccinations à jour de l'enfant ou une attestation du médecin certifiant que l'enfant est à jour de ses vaccinations..

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

3- 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 leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.

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

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Allergies : Asthme oui non
 Médicamenteuses oui non
 Alimentaires oui non

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

.....

NOM DE L'ENFANT : Prénom de l'enfant :

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

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

4 – Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

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

5 – Responsable de l'enfant

Je soussigné, NOM : Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

.....

Téléphone fixe (domicile) : .../.../.../.../... Téléphone portable : .../.../.../.../...

Téléphone fixe (bureau) : .../.../.../.../...

Nom et téléphone du médecin traitant :

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du séjour à prendre toutes mesures urgentes (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à, le / / 20.....

Signature :

Informations à l'attention des familles

Directeur du séjour : François CHARBONNEL – 06.84.46.82.65

Observations :

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