

ECLAIREURS EVANGELIQUES DE FRANCE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir
des informations utiles
pendant le séjour de votre enfant.
Elle vous sera rendue
à la fin du séjour

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon : ☐

Fille : ☐

Dates et lieu du séjour :

.....

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 t-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 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° sécurité sociale de l'assuré(e) :

Caisse de rattachement : **Mutuelle :**

CMU : oui ☐ non ☐ Nom et tel. 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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

Observations

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