

 FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**Nom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de Naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Numéro de sécurité sociale**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

En l'absence de ce document, votre enfant ne pourra être accueilli durant les activités

* VACCINATIONS (Merci de joindre les photocopies du carnet de vaccinations)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **oui** | **non** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **AUTRES VACCINS** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| **Ou** DT polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  | BCG |  |
|  |  |  |  |  |  |

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.

* RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 pris sans ordonnance (y compris le paracétamol)

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISMEARTICULAIRE AIGU | SCARLATINE |
| OUI [ ]  NON [ ]  | OUI [ ]  NON [ ]  | OUI [ ]  NON [ ]  | OUI [ ]  NON [ ]  | OUI [ ]  NON [ ]  |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS |  |
| OUI [ ]  NON [ ]  | OUI [ ]  NON [ ]  | OUI [ ]  NON [ ]  | OUI [ ]  NON[ ]  |  |

**ALLERGIES :** ASTHME oui [ ]  non [ ]  MEDICAMENTEUSES oui[ ]  non[ ]

 ALIMENTAIRES oui [ ]  non [ ]  AUTRESCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**INDIQUEZ CI-APRES :**

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L'enfant mouille-t-il son lit ? [ ]  OUI [ ]  Occasionnellement [ ]  NON

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? [ ]  OUI [ ]  NON

Consignes particulières Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L'enfant fait-il la sieste l'après-midi ? [ ]  OUI [ ]  Occasionnellement [ ]  NON

Recommandation des parents

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

Précisez.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autorisation de soins médicaux

A remplir par les parents. **En l'absence de ce document votre enfant ne pourra pas être accueilli sur le séjour**.

Je soussigné(e)Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Ville Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. PaysCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Tél. portable Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° de Sécurité SocialeCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Tél. domicile Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél. bureau Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur, à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur**

NOMCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Prénom Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Né(e) le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Sexe Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :**

NOM Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Lien de parenté Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Pays Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél. portable Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. VilleCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Tél. domicile Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Tél. bureau Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Médecin traitant**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.**

**Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.**

Fait à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Signature** (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

