

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS MEDICALES UTILES
POUR LE BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT AU SEIN DE LA STRUCTURE.

1 - RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom de l'enfant :
 Nom et Prénom du représentant légal :
 Adresse électronique :@.....
 Tel. Domicile :
 Tel. Travail papa :
 Tel. Travail maman :
 Tel. Portable papa :
 Tel. Portable maman :
 Nom et adresse de l'entreprise de travail papa :
 Nom et adresse de l'entreprise de travail maman :

En cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables, l'équipe d'animation peut contacter :

M./Mme : Tel. :

2 - MEDECIN

Nom du médecin qui suit l'enfant :
 Adresse :
 Tel. du cabinet :

3 - VACCINATIONS

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé de l'enfant.

4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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	AUTRES
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 : ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES
 oui non

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

.....

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION,
OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

5 - RECOMMANDATIONS UTILES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES... OU AS-T-IL D'AUTRES SOUCIS DE SANTE :

.....

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 L'ORGANISATEUR

COORDONNÉES DE LA STRUCTURE :

.....

OBSERVATION :

.....
