



Fiche sanitaire de liaison

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Fille Garçon

Cet imprimé est à remplir et A RENVoyer IMPERATIVEMENT A L'ORGANISATEUR DU SEJOUR au minimum une semaine avant le début du séjour, ou exceptionnellement à remettre au directeur dès votre arrivée, dernier délai !

EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCUEILLI SUR LE SEJOUR

SEJOUR :

VACCINATIONS

Joindre les photocopies des vaccinations du carnet de santé

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

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

(si automédication, le signaler et joindre OBLIGATOIREMENT l'ordonnance informant cette automédication)

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

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Occasionnellement Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

Consignes particulières :

Si l'enfant doit prendre un médicament, il est OBLIGATOIRE qu'il présente un accord du médecin même pour une automédication

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LENTILLES : Oui Non

DES LUNETTES : Oui Non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui Non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : Oui Non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

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

Je soussigné(e)

Adresse

Code Postal Ville Pays Tél portable

N° Sécurité Sociale Tél domicile Tél bureau

Autorise les responsables à faire donner à mon enfant

tous les soins médicaux nécessaires si son état le nécessite, y compris intervention chirurgicale, anesthésie générale, transfusion sanguine, après consultation du médecin et/ou des services d'urgence.

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

Nom Lien de parenté

Adresse Code postal Ville

Tél portable Tél domicile Tél bureau

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

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus

Fait à _____ le _____
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :