

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – ANNÉE 2024

CETTE FICHE A ÉTÉ CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

I. ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 SEXE : Garçon Fille DATE DE NAISSANCE : ____/____/____
 NAGEUR : NON OUI

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE -ANTIDIPHTÉRIQUE -ANTITÉTANIQUE –ANTICOQUELUCHE

Préciser s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUÉS		DATES	
- Du DT polio				____/____/____	
- Du DT coq				____/____/____	
- Du Tétracoq				____/____/____	
- D'une prise polio				____/____/____	
- Hépatite B				____/____/____	
- RAPPELS				____/____/____	
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
		Dates		Vaccins	
1 ^{er} VACCIN		____/____/____		____/____/____	
REVACCINATION		____/____/____		____/____/____	
		____/____/____		____/____/____	
		____/____/____		____/____/____	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? _____

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES
		____/____/____
		____/____/____

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations) DATES

	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° S.S. : _/_/_/_/_/_/_/_/___ MUTUELLE : Nom : _____ N° : _____

Adresse du Centre Payeur : _____

Tél. Bureau : ___/___/___/___/___ Tél. Domicile : ___/___/___/___/___

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :/...../...../...../.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE : ___/___/___

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU D'ACCUEIL :

Cachet de l'Organisme (siège social)

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)
PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

