



Fiche sanitaire de liaison

NOM _____
Prénom _____
Date de naissance _____

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.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	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.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	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	
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 : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :
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 _____

Recommandations utiles des parents

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.
.....
.....
.....
.....

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 _____
(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____ Pays _____ Tél. portable _____
N° de Sécurité Sociale _____ Tél. domicile _____ Tél. bureau _____
Autorise les responsables 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
NOM _____ Prénom _____
Né(e) le _____ Sexe _____

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :
NOM _____ Lien de parenté _____
Adresse _____ Pays _____ Tél. portable _____
Code postal _____ Ville _____ Tél. domicile _____ Tél. bureau _____

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 _____ le _____ **Signature** (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")