



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1-ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

2- VACCINATIONS : Joindre une photocopie des vaccins du carnet de santé (p.98 à 101).

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.

3 RENSEIGNEMENT MÉDICAUX 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 leurs emballages d'origine **marquées au nom de l'enfant** avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être accepté sans ordonnance

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

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

Allergie(s) alimentaire(s) à préciser :
.....

Allergie non-alimentaire à préciser :
.....

Régime alimentaire pour raisons diverses (conviction, religion, etc.) à préciser :
.....

Intolérance(s) alimentaire(s) à préciser :
.....

Allergie(s) médicamenteuse(s) ou autres :
.....

MERCI DE NOUS INDIQUER SI UN PAI EST APPLIQUÉ ET DE NOUS LE FAIRE PARVENIR.

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

3 – COMPORTEMENT DE L'ENFANT ET SITUATION FAMILIALE :

PROBLÈME DE COMPORTEMENT, TROUBLE DU COMPORTEMENT, TROUBLE PSYCHIQUE... (Ex : Suivi par un psychologue, hyperactivité, hypersensibilité, dyslexie, dyspraxie, dysphasie...)
.....
.....

SITUATION FAMILIALE DE L'ENFANT (séparation et/ou vie familiale difficile, parent(s) avec interdiction d'entrer en contact etc)
.....
.....

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

oui non

L'ENFANT EST-IL FUMEUR ?

oui non

J'AUTORISE MON ENFANT FUMEUR A FUMER AU CPA ?

oui non

5- RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) :
.....
.....

TÉL. FIXE ET/OU PORTABLE) : _____ BUREAU : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :

DE LA CMU

D'UNE PRISE EN CHARGE S.S A 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Si besoin : Autorisation pour récupérer mon enfant (cette partie pourra être complétée le jour de l'arrivée de l'enfant).

Je ne peux pas venir chercher mon enfant, à la fin de son séjour du au J'autorise à venir le chercher à ma place.

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature :