



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

établie en avril 2019

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE VOTRE ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

ENFANT NOM : _____ PRENOM : _____
SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : _____

OBLIGATOIRE : PHOTOCOPIE DES CERTIFICATS DE VACCINATIONS ET MALADIES INFANTILES

ALLERGIES : (cochez si oui)

ASTHME : ALIMENTAIRES : MEDICAMENTEUSE : AUTRES : _____

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

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL ? (cochez si oui)

LENTILLES : LUNETTES : PROTHÈSES DENTAIRES : COUCHES DE NUIT :

AUTRES : précisez _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES : (cochez si oui)

RUBEOLE : VARICELLE : ANGINES : RHUMATISMES : SCARLATINE :
COQUELUCHE : OTITES : ASTHME : ROUGEOLE : OREILLONS :

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

date : _____ quoi : _____

date : _____ quoi : _____

date : _____ quoi : _____

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT VOTRE ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non : oui :

SI OUI, LEQUEL ? _____

SI VOTRE ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS (boîtes de médicaments marquées au nom de l'enfant). **AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ SANS ORDONNANCE**

NOM et TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (obligatoire) :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° tel DOMICILE : _____ BUREAU : _____ Mobile : _____

Numéro S.S. : _____ ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

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.

DATE : _____

SIGNATURE