FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFAN	T		
NOM :			
DATE DE N	NAISSA	NCE :	
GARCON		FILLE	

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	0 U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Liánotito D	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac				MONOTEST	
Prévenar					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - 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	RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE						
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON						
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS							
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON							
ALLERGIES ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non AUTRES Oui Non AUTRES Oui Non AUTRES Oui Non AUTRES Oui Non Non Non AUTRES Oui Non										

INDIQUEZ CI-APRES: LES DIFFICUTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE. 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ. 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT ADRESSE PENDANT LE SEJOUR : NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(facultatif)..... 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Signature Date: A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES **COORDONNEES DE LA STRUCTURE** ACCUEIL DE LOISIRS "LE FOULETOT" FRANCAS DU JURA 2 RUE DES PESIERES 39150 ST LAURENT EN GRANDVAUX Tél.: 03.84.60.22.83 Fax: Email: clsh.saintlaurent@orange.fr OBSERVATIONS