



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant: elle évite de vous démunir de son carnet de santé

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
D.T. Polio				Autres (préciser)	
Tétracoq					
B.C.G					

PHOTOCOPIES
VACCINATIONS

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires à jour, joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(Boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec notice)

Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

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

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISMES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : Asthme: OUI NON

Médicamenteuse* : OUI NON

Alimentaires * : OUI NON

Autres:

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication à signaler):

.....

.....

.....



INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, prothèses dentaires etc, précisez:

.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

N° de sécurité sociale:

Adresse de la Caisse:

CMU: OUI NON

MUTUELLE: OUI NON

Si oui, Nom et adresse:

N° adhérent:

Caisse d'Allocation Familiale / Adresse:

N° d'allocataire:

Quotient Familial:

Assurance responsabilité civile:

Nom et adresse de l'agence:

N° de contrat:

Personne à prévenir en cas d'urgence:

Nom et prénom:

Numéros de téléphone: Domicile:

Portable:

Bureau:

Votre enfant part-il pour la première fois en séjour ?

OUI NON

Observations, remarques éventuelles à faire connaître au Responsable de séjour:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



AUTORISATION PARENTALE

(à remplir obligatoirement)

Je soussigné.....

Père mère (cocher la mention valide)

Responsable de l'enfant :

Nom..... Prénom.....

- Autorise la responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités programmés durant le séjour.

A.....

Le.....

Signature du Responsable Légal