

Fiche sanitaire de liaison

Merci de REMPLIR en lettres MAJUSCULES / 1 fiche par enfant
CETTE FICHE DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT TRANSMISE AVEC LA FICHE D'INSCRIPTION.
Elle évite de vous démunir du carnet de santé de l'enfant.

Séjour du/...../ 20__ au/...../ 20___. **Lieu du séjour :**

NOM : **PRENOM :**
NE(E) LE / / Garçon : Fille :
ADRESSE :
CP : **VILLE :**

NOM DU RESPONSABLE :
TELEPHONE PORTABLE
TRAVAIL
Nom du médecin traitant (facultatif) :
Téléphone :

Complémentaire Santé Solidaire (Ex-CMU) : OUI NON *joindre une photocopie*

Poids de l'enfant : **Taille :** **N° Sécurité Sociale :** _____

REGIME ALIMENTAIRE :

- Sans Régime particulier
- Sans viande de porc (nous proposons alors des menus à base de poissons ou d'autres viandes).
- Végétarien (sans viande)
- Allergie

ALLERGIES : médicaments, matières (poussière, poils) :

Précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :
.....
.....

Merci de cocher la case si votre enfant est concerné :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Appareil dentaire | <input type="checkbox"/> Eczéma |
| <input type="checkbox"/> Lunettes / lentilles | <input type="checkbox"/> Allergie au soleil |
| <input type="checkbox"/> Appareil auditif | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Fille réglée | <input type="checkbox"/> Asthme : |
| <input type="checkbox"/> Urticaire | <input type="checkbox"/> Incontinence (mouille-t-il son lit) |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |



2 rue des Thermes Romains
42300 ROANNE Tel 04.77.71.67.08

Le participant suivra-t-il un traitement pendant le séjour ?

Non Oui. Joindre l'ordonnance récente et les médicaments (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom du jeune avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Liste des médicaments :

ANTECEDENTS MALADIES :

Rubéole Coqueluche Varicelle Rhumatisme
Scarlatine Oreillons Rougeole Otites Angines

DIFFICULTES DE SANTE : (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, REEDUCATION, OPERATIONS,...)

EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

VOTRE ENFANT A-T-IL DES BESOINS SPECIFIQUES :

.....
.....
Votre enfant a-t-il un PAI ? oui non
Votre enfant a-t-il un suivi éducatif / médical ? oui non
Votre enfant a-t-il une notification MDPH ? oui non demande en cours
Nature du handicap :
Votre enfant est-il scolarisé ? oui non avec AVS
Votre enfant est-il accueilli dans un établissement spécialisé ? oui non
Si oui, type d'établissement :

VACCINATIONS : merci de joindre une photocopie des vaccinations.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Je soussigné(e),.....responsable légal du participant, **déclare exacts et complets les renseignements** portés sur cette fiche et **autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures :** traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales rendues nécessaires par l'état du participant.

DATE : _____ **SIGNATURE :** _____