

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 :

Poids de l'enfant : N° Sécurité Sociale :

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :
 Sans viande de porc (nous proposons alors des menus à base de poissons ou d'autres viandes).
 Végétarien

ALLERGIES : médicaments, matières (poussière, poils), **alimentaires ... :**
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"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Urticaire	<input type="checkbox"/> Incontinence (mouille t'il son lit)
<input type="checkbox"/> Asthme :	



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 correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage 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 :
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :
.....
.....

VACCINATIONS (ou joindre photocopie des vaccinations) :

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
				Autres (préciser)	

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

Je soussigné,.....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 :**