

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 : [][][][][]

Carte CMU : OUI NON
(nous joindre une photocopie)

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

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

- Sans Régime particulier**
 Sans 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 :** _____