

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR LE SEJOUR DU : **au**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- ENFANT : NOM : ..... PRENOM : .....

Sexe : M / F      Date de naissance : ...../...../.....

2- VACCINATIONS ( Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des carnets de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé ).

ANTIPOLIOMYELITIQUE – ANTIDIPHTERIQUE – ANTITENIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit :	Vaccins pratiqués	Dates
Du Dtpolio,		
DT coq,		
Tétracoq,		
d'une prise polio		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	Dates		Dates		Dates
1 vaccin		Vaccin			
Revaccination		1 <sup>er</sup> Rappel			

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi : .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	Dates

### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

### INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies,accidents,crises convulsives,allergies,hospitalisations,opérations,rééducations) :

Descriptifs	Dates

### 4-RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

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

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement :?    Non       Oui

Si Oui : Lequel : .....

*Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, N'oubliez pas de Joindre l'ordonnance aux médicaments.*

L'enfant mouille t-il son lit ?    Non       Occasionnellement       OUI

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?      Non       oui

### 5-RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : ..... Prénoms : .....

ADRESSE et TELEPHONE ( Pendant la période du séjour ) :

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

Numéro de sécurité sociale	Portable	Domicile	Bureau
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Dates : ..... signature :

N° DE LICENCES POUR LES AIKIDOKAS :

**PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'organisme

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

ARRIVEE LE : ...../...../.....

DEPART LE : ...../...../.....

### OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR :

PAR LE MEDECIN <sup>1</sup> (qui indiquera ses nom,adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR : (qui indiquera ses noms et adresse)

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