

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 ^{er} 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 ¹ (qui indiquera ses nom,adresse et n° de téléphone)

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

.....

