FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
NOM : .....

DATES ET LIEU DU SEJOUR :
.....
.....

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - VACCINATIONS(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OU	NO	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie					
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac				MONOTEST	
Prévenar					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)(boîtes de médicaments dans leur

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	**VARICELLE**	**ANGINE**	**RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÜ**	**SCARLATINE**
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	

ALLERGIES ASTHME oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES ☐ non ☐
ALIMENTAIRES ☐ non ☐ AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES : FI013

LES DIFFICUTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : .....PRENOM : .....

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :

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

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

.....

BUREAU : .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(facultatif).....

Je soussigné, ... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE LA STRUCTURE

ANIM'JEUNES
445 RUE LOUIS ARMAND
73420 MERY
Tél. : 04.79.63.67.96 Email secretariat@planetjeunes.fr

OBSERVATIONS

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