



Fiche sanitaire

FICHE SANITAIRE DE LIAISON Classes de découverte	1 - ENFANT / ADOLESCENT	GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>
	NOM : _____		
	PRÉNOM : _____		
	DATE DE NAISSANCE : _____		
ECOLE FREQUENTEE : _____		CLASSE : _____	

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : du ___/___/___ au ___/___/___

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Taille :m..... Poids :kg

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

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

REGIMES PARTICULIERS L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? oui non

Si oui, précisez :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

- S'il s'agit d'une fille : est-elle réglée ? Oui Non

- L'enfant mouille t-il son lit ? Oui Occasionnellement Non
- Indiquer sa pointure de chaussures : __ _

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

PROFESSION : N° SECURITE SOCIALE :

MUTUELLE : N°CONTRAT :

☎DOMICILE..... ☎PORTABLE..... ☎BUREAU:.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Adresse de Caisse Sécurité Sociale : Laon Saint-Quentin Soissons

Etes-vous bénéficiaire de la CMU ? Oui Non

Si oui nous fournir obligatoirement une copie de l'attestation CMU.

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 éventuellement sous anesthésie générale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels ; à prendre à ma charge les suppléments dus à un retour individuel ainsi que les frais d'accompagnement en cas de retour anticipé de l'enfant.

Date : Signature :

OBSERVATIONS (faites pendant le séjour, à l'attention des parents)