Fiche sanitaire de liaison

FICHE 3.2

1. ENFANT / ADOLESCENT **GARÇON ☐ FILLE ☐**

NOM : ……

Prénom : ……

Date de naissance : ……

Ecole fréquentée : …… **Classe :** ……

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

2.VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination — joindre les copies du carnet de santé à la page des vaccinations, ou les attestations de vaccination, ou les certificats de contre-indication empêchant une ou plusieurs vaccinations).

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 (*tétanos*) ne présente aucune contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Taille : ……m…… Poids : ……kg Pointure de chaussures : ……

TRAITEMENTS MÉDICAUX : 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.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : L'enfant a-t-il une ou des allergies ?

ASTHME	ALIMENTAIRES	MÉDICAMENTEUSES	AUTRES
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	……

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

……

……

RÉGIMES PARTICULIERS : L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, précisez :

……

……

Association inclusive et laïque, EJ'N ne propose pas de régime hallal, casher ou relevant de tout autre culte.

L'enfant consomme-t-il du porc ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant consomme-t-il de la viande ? OUI ☐ NON ☐

S'il s'agit d'une fille : est-elle réglée ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI ☐ NON ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐

DIFFICULTÉS DE SANTÉ : L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

……

……

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires… ?

OUI ☐ NON ☐ **Si oui**, précisez.

……

……

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : …… **Prénom :** ……

Adresse (pendant le séjour) : ……

…… **Code postal :** ……. **Commune :** ……

Date de naissance : ……/……/…… **Lieu de naissance :** …… **Code postal de naissance :** ……

Profession : ……

N° Sécurité sociale (15 chiffres) : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

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) :

……