

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

1. L'ENFANT

Noms : Prénoms :

Date de naissance : N° de Sécurité Sociale :

Sexe : Garçon Fille

En cas d'urgence et/ou de besoin, j'autorise la structure à présenter mon enfant à un médecin ou faire intervenir les services d'urgences.

Noms et prénoms du médecin traitant.....

Adresse du médecin :

N° de téléphone du médecin :

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Parent 1 :

Noms :

Prénoms :

Numéro(s) de téléphone à contacter (en cas d'urgence) :

Parent 2 :

Noms :

Prénoms :

Numéro(s) de téléphone à contacter (en cas d'urgence) :

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non

Si oui lequel ?

(Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de fournir une ordonnance)

Des allergies se sont-elles déjà manifestées chez votre enfant ? oui non

Alimentaire Asthme Médicamenteuse

Cause de (des) l'allergie(s) et conduites à tenir :

.....

Indiquez ici les autres difficultés de santé, en précisant les dates et les précautions à prendre :
(Maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

...../...../.....

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

Otite :

Varicelle :

Coqueluche :

Angine :

Oreillons :

Rhumatisme :

Asthme :

Rougeole :

Rubéole :

Scarlatine :

4. VACCINATIONS

(joindre les photocopies des pages du carnet de vaccination)

⇒ Le vaccin DTP est obligatoire dans le cadre de la participation de l'enfant aux activités

5. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(Votre enfant porte-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? Votre enfant a-t-il des peurs dont vous voulez nous faire part ?)

.....
.....

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

DATE :

*Signature des personnes
exerçant l'autorité parentale*