HAUTS DE BIENNE
Morez
La Mouille
Lézat

Annexe 3- FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : .....
PRENOM : .....
Date de Naissance : ……

GARCON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

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

Fournir les photocopies du carnet de santé

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 **(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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Entourer la maladie sui l'enfant l'a déjà eue.

RUBEOLE	**VARICELLE**	**ANGINE**	**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU**	**SCARLATINE**

COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	

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

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

INDIQUEZ CI-APRES :

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.

…….....

…….....

…….....

SOUHIATEZ VOUS PORTER A CONNAISSANCE DE L'EQUIPE D'AUTRES INFORMATIONS CONCERNANT LA SANTE DE VOTRE ENFANT ?…

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