

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l’enfant et évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera restituée à la fin du séjour.

**ENFANT**

Nom : Prénom :

Sexe : Fille Garçon Né(e) le :

**VACCINATIONS**

*(à remplir selon les certificats médicaux de l’enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANTIPOLIOMYELITIQUE – ANTIDIPHTERIQUE – ANTITETANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE | | | | | | |
| Précisez s’il s’agit :  du DT POLIO  du DT COQ  du TRETACOQ  d’une prise POLIO | | VACCINS PRATIQUES | | | DATES | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
| RAPPELS | |  | | |  | |
| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | | ANTIVARIOLIQUE | | AUTRES VACCINS | | |
|  | DATES |  | DATES | Désignation | | DATES |
| 1er vaccin |  | Vaccin |  |  | |  |
| Revaccination |  | 1er rappel |  |  | |  |

Si votre enfant n’est pas vacciné, pourquoi ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Injection de sérum | Nature | Dates |
|  |  |
|  |  |

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rubéole | O | N | Varicelle | O | N | Angines | O | N | Oreillons | O | N |
| Rhumatismes | O | N | Scarlatine | O | N | Coqueluche | O | N | Otites | O | N |
| Asthmes | O | N | Rougeole | O | N |  | | | | | |

Indiquez ici les autres difficultés de santé de votre enfant (en précisant les dates) :

(maladies, accents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opération, rééducation)

**NOM DU MEDECIN TRAITANT DE VOTRE ENFANT :**

Adresse :

CP : Ville : N° de tel :

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

Actuellement, votre enfant suit-il un traitement ? OUI NON

*Si oui, lequel ?*

***(si votre enfant doit suivre un traitement durant son séjour, n’oubliez pas de joindre l’ordonnance de prescription médicale aux médicaments).***

L’enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? OUI NON

*Si oui, lequel ?*

L’enfant mouille-t-il son lit ? OUI NON PARFOIS

Si votre enfant est une fille, est-elle réglée ? OUI NON

**RESPONSABLE DE L’ENFANT**

Nom : Prénom :

Adresse (durant la période du séjour) :

🕾 domicile : 🕾 portable :

Numéro de Sécurité Sociale : / / / / / /

Adresse du Centre payeur :

Je soussigné(e), Monsieur / Madame

responsable de l’enfant ,

déclare exacts les renseignements inscrits sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

Date : Signature :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CADRE RESERVE  (ne pas remplir) | Lieu de séjour : CPA LES GENEVRIERS, 67420 PLAINE | | | Cachet de la structure d’accueil : |
| Date d’arrivée : |  | |
| Date de départ : |  | |
| Observations faites en cours du séjour par :  Médecin  Responsable du séjour | | Nom et coordonnées du médecin : | |
|  | | | |