

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 SANTE. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

I - ENFANT NOM : _____ PRENOM : _____
 SEXE : Garçon Fille Date de naissance : _____

II - VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)
 ANTIPOLIOMYELIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit :

du DT polio
 du DT coq
 du Tétracoq
 d'une prise polio
 Hépatite B RAPPELS

VACCINS PRATIQUES	DATES

ANTITUBERCULEUSE (BCG)

AUTRES VACCINS

	DATES
1er VACCIN	
REVACCINATION	

VACCINS PRATIQUES	DATES

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? _____

NATURE	DATES

Injections de sérum

III - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON



Ecole St Joseph - 56250 Elven

☎ : 02 - 97 - 53 - 30 - 94 -e-mail:ecole.stjo.elven@aliceadsl.fr



Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

IV - RECOMMANDATION DES PARENTS :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement : OUI NON

Si OUI, lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments

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

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

V - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° de SS _____ N°de domicile bureau
de SS _____ TEL _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés 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 : _____



Ecole St Joseph - 56250 Elven

☎ : 02 - 97 - 53 - 30 - 94 - e-mail: ecole.stjo.elven@aliceadsl.fr



PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'Organisme

Village Vacances à Nouan LE Fuzelier

ARRIVEE LE 25/06/2018

DEPART LE 26/06/2018

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

PAR LE MEDECIN

(qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR

(qui indiquera ses noms et adresse)



Ecole St Joseph - 56250 Elven

☎ : 02 - 97 - 53 - 30 - 94 - e-mail: ecole.stjo.elven@aliceadsl.fr

