

## 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 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  Garçon  Fille \_\_\_\_\_  
 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)

|               | DATES |
|---------------|-------|
| 1er VACCIN    |       |
| REVACCINATION |       |

AUTRES VACCINS

| VACCINS PRATIQUES | DATES |
|-------------------|-------|
|                   |       |
|                   |       |

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? \_\_\_\_\_

| NATURE | DATES |
|--------|-------|
|        |       |
|        |       |

Injections de sérum

### III - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

| 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](mailto:ecole.stjo.elven@aliceadsl.fr)



## PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'Organisme

Hôtel" Andora" à Ordino en Andorre

ARRIVEE LE 15/03/2020

DEPART LE 21/03/2020

### 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](mailto:ecole.stjo.elven@aliceadsl.fr)

