

## 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](mailto: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

Jersey Accommodation and Activity Centre

La Rue de la Pouclée et des Quatre Chemins Faldouet, JE3 6D

ARRIVEE LE 26/03/2020

DEPART LE 27/03/2020

### 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)

