

Fiche sanitaire de liaison

CETTE FICHE A ÉTÉ CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

A remettre à Monsieur DANSET le lundi 07/04/2015 dernier délai.

I. **ENFANT** NOM : _____ CLASSE : _____
 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.

PAS DE PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTÉ

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTE'RIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	RAPPELS	VACCINS PRATIQUÉS		DATES	
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1er VACCIN	/ /		/ /	...	/ /
REVACCINATION	/ /	1er RAPPEL	/ /	...	/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,
POURQUOI ?

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE		DATES	
			/	/
			/	/
			/	/

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI				

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

... / ...

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?

NON

OUI

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

Coordonnées et numéro de
téléphone du médecin traitant.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE TÉL.	DOMICILE	PORTABLE DE :	PORTABLE DE :	BUREAU

N° DE SECURITE SOCIALE

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise, 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 :

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Cracovie - Prague

du : **12/04/2015**

au : **16/04/2015**

Cachet de l'Organisme



21, rue Saint-Antoine - 75004 PARIS
01 44 59 20 90

Responsable du séjour : M. DANSET