

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Accueil de loisirs FAMILLES RURALES DENEÉ – MOZE

### 1. ENFANT

NOM \_\_\_\_\_

PRENOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ GARCON /\_/ /\_ /\_ FILLE /\_/ /\_ /\_

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Une photocopie des pages concernées dans le carnet de santé peut être utilisée.

VACCINS	Date dernier rappel	VACCINS	Date dernier rappel
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rougeole-Oreillons-Rubéole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Pentavac ou Tetravac		Autres (préciser)	

### 3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui /\_/ /\_ Non /\_/ /\_

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI /_/ NON /_/	VARICELLE OUI /_/ NON /_/	ANGINE OUI /_/ NON /_/	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI /_/ NON /_/	SCARLATINE OUI /_/ NON /_/
COQUELUCHE OUI /_/ NON /_/	OTITE OUI /_/ NON /_/	ROUGEOLE OUI /_/ NON /_/	OREILLONS OUI /_/ NON /_/	

ALLERGIES : ASTHME oui /\_/ non /\_/ MEDICAMENTEUSES oui /\_/ non /\_/

ALIMENTAIRES oui /\_/ non /\_/ AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

Indiquez ci-après les difficultés de sante (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions a prendre recommandations utiles des parents votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... :

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR).....

TEL FIXE ET PORTABLE, DOMICILE : .....

BUREAU.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

Je soussigné,..... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts

les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :