

**Ecole Notre Dame de Clarté**

4, route du Pont

**56700 KERVIGNAC**

Tél. 02 97 76 79 78

Mail : eco56.ndc.kervignac@enseignement-catholique.bzh

**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 du carnet de santé. Confidentielle, elle vous sera rendue, à votre demande, à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

**ENFANT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  garçon  fille      Date et lieu de naissance : le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_**RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de téléphone domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° de téléphone travail (père et/ou mère) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° de téléphone portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ clé : \_\_\_\_\_

Adresse du centre payeur (C.P.A.M. ou autre) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**VACCINATIONS :**

(Remplir à partir du carnet de santé, du ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

**ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIPHTE'RIQUE – ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE**

Précisez s'il s'agit :

Du DT polio

Du DT coq

Du Tétracoq

D'une prise polio

Rappels

	VACCINS PRATIQUES	DATES		
		/	/	/
		/	/	/
		/	/	/
		/	/	/
		/	/	/
		/	/	/

ANTITUBERCULEUSE		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	Dates		Dates	Vaccins pratiqués	Dates
Premier vaccin	/ /	Vaccin	/ /		
	/ /		/ /		
Revaccination	/ /	Premier rappel	/ /		

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

INJECTIONS DE SERUM	Nature	Dates
		/ /
		/ /

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant a-t-il déjà eu (ou est-il encore affecté par) les maladies suivantes ?

Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angines Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatismes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otites Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- L'enfant est-il allergique à certains aliments nécessitant un régime particulier ? Oui  Non   
 Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

- L'enfant suit-il actuellement un traitement ? Oui  Non   
 Si oui lequel ? \_\_\_\_\_  
 Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments le jour du départ.

- L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui  Occasionnellement  Non   
 - S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui  Non

**MÉDICAMENTS :**

Pendant notre séjour, nous apportons une trousse comportant des médicaments de premiers secours, **c'est-à-dire qui ne nécessitent pas l'autorisation d'un médecin.** En voici la liste afin que nous puissions les administrer à votre enfant en cas de douleur. Naturellement, si le mal persiste, nous consultons rapidement un médecin.

Merci de barrer le(s) médicament(s) que vous ne souhaitez pas voir délivrer à votre enfant.

- contre les douleurs et fièvres : **Doliprane 250 mg ou 500mg**
- maux de ventre : **Spasfon – Smecta**
- maux de gorge : **Homéogène** (traitement homéopathique)
- bosses, hématomes, contusions : **Arnica**

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A, \_\_\_\_\_, le ..... / ..... / .....  
*Signature,*