

NOM :
 PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE :

**FICHE SANITAIRE
 DE LIAISON**

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR. ELLE DEVRA ÊTRE ACCOMPAGNÉE DE LA **COPIE DU CARNET DE VACCINATION DE L'ENFANT** ET DE LA **COPIE DE L'ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE SUR LAQUELLE L'ENFANT FIGURE**.

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et en joindre une copie)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				BCG	
Poliomyélite				Rubéole Oreillons Rougeole	
ou DTP				Coqueluche	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISMES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	



RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM.....
 ADRESSE.....
 TÉL. DOMICILE : PORTABLE
 BUREAU :
 AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Nom et Tel)

Je soussigné(e), 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.

En outre, j'autorise je n'autorise pas THALIE à utiliser l'image de mon enfant sur supports photo, vidéo ou informatique pour la présentation et l'illustration de ses séjours.

Date :

Signature :

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR.
(En cas d'allergie alimentaire nous joindre impérativement le PAI de votre enfant)
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**
.....
.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Cette rubrique est très importante pour nous qui ne connaissons pas votre enfant et ses habitudes.
VOTRE ENFANT SUIV-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE ? MANGE-T-IL DU PORC ? PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES ? A-T-IL PEUR DU NOIR ? EST-IL SOMNAMBULE ? FAIT-IL DES CAUCHEMARS ? MOUILLE-T-IL SON LIT ? ETC... PRÉCISEZ.
.....
.....
.....
.....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
OBSERVATIONS EN COURS DE SEJOUR

.....
.....
.....
.....

