FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT		
NOM :		
I .		
GARCON	FILLE	

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	0 U	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie					
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac				MONOTEST	
Prévenar					

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

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE		
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON		
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS			
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON			
ALLERGIES ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES oui non AUTRES						
PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)						

INDIQUEZ CI-APRES :	FI01
LES DIFFICUTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVU	LSIVES, OPERATIONS,
REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS	A PRENDRE.
4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS	
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTH	ESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC
PRECISEZ.	
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 res	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention of	
l'enfant.	,
Data : S	ignature
Date:	3
A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L' COORDONNEES DE LA	
CENTRE D'ANIM	
MJC VIMOUTIERS 27 AVENUE DU	
61120 VIMOUTI	
Tél.: 02.33.39.04.42 Fax: Email: mj	บ.งแบบนแ บ เจเซพลเเลนบบ.II
ODGENIANIONS	

.....