

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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.

1 – ENFANT

Lutins

Louveteaux

Eclais

Ainés

NOM :

Prénom :

Adresse :

Date naissance :

Sexe (F/G) :

N° allocataire caf :

Régime d'affiliation :

CPAM

MSA

RSI

ENIM

Autre :

CPAM Général (SS), MSA Agricole, RSI Commerçant Prof Libérales, ENIM Régime social des marins

2 – PERSONNES A PREVENIR :

Qualité (Mère/Père/Autre)

NOM

PRÉNOM

TÉL1.

TÉL2.

TÉL3.

Qualité (Mère/Père/Autre)

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

TÉL1.

TÉL2.

TÉL3.

Qualité (Mère/Père/Autre)

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

TÉL1.

TÉL2.

TÉL3.

3 - VACCINATIONS

VOUS DEVEZ IMPÉRATIVEMENT NOUS RETOURNER SOIT :

- une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé.
- ou un certificat de votre médecin attestant que les vaccinations de votre enfant sont à jour.

4 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant devait lors de l'une de nos activités suivre un **traitement médical**

Merci de nous prévenir et de nous fournir l'ordonnance 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

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

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

5 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC ... PRÉCISEZ.

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

METS INTERDITS :

REGIME PARTICULIER :

6 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

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. J'autorise également, si nécessaire le responsable de séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation

Date :

Signature :