

LES VACANCES CONSTELLÉES

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche sanitaire permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles)

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations inscrites ci-dessous.

Fait le : _____ À : _____
Nom et signature des parents ou responsables légaux

ENFANT :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

SEXE : GARÇON FILLE

Coordonnées du médecin traitant :

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

VACCINATION :

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins Recommandés
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hépatite B
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Rubéole Oreillons Rougeole
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Coqueluche
ou Dt Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Haemophilus
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pneumocoque
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Autres

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée 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 :

MALADIES	Oui	Non	L'ENFANT PORTE :	Oui	Non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des lentilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des aérateurs transtympaniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ALLERGIES	Oui	Non
Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (animaux, plantes, pollen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? OUI NON

Précisez

Conduite à tenir et si automédication, merci de nous le signaler.

DIFFICULTÉS

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation). **Précisez les dates et les précautions à prendre :**