

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Afin de préparer au mieux le séjour de votre enfant, merci de remplir les plages suivantes :

ENFANT	NOM : _____	<input type="checkbox"/> Féminin
	Prénom : _____	<input type="checkbox"/> Masculin
	Date de naissance : __/__/__	

Dates du séjour __/__/__ au __/__/__

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires à jour : Diphtérie, Tétanos, Polio

Joindre la copie du carnet de santé

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRENOM _____

N° de sécurité sociale (représentant légal) : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

(Joindre une photocopie de la carte vitale et de la carte d'identité de l'enfant s'il en possède une)

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

Tél portable : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Tél travail : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Tél fixe : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Mail _____

Nom du médecin traitant : _____ Tél : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Je soussigné (père, mère, tuteur : rayer la mention inutile), _____ 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 (hospitalisation, traitement médical, traitement chirurgical) rendues nécessaires par l'état de santé.

Date :

Signature

NOM : _____ Prénom : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : (entourer la réponse qui convient)

Votre enfant porte-il des lunettes ? OUI NON

L'enfant suivra-t-il un traitement pendant le séjour ? OUI NON

Lequel : _____

Si **oui**, merci de joindre l'**ordonnance** lors de l'arrivée à l'assistant sanitaire du séjour, avec les médicaments correspondant dans les boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant.

AUCUN MEDICAMENT NE SERA DONNE SANS ORDONNANCE

Enurésie nuit (incontinence) ? OUI NON

Gestion habituelle : _____

PROBLEMES DE SANTE : (entourer la réponse qui convient)

➤ **HOSPITALISATION** : OUI NON

Motif : _____

ALLERGIES : OUI (Protocole à joindre avec la fiche) NON

Lesquelles _____

➤ **PROBLEMES VISUELS/AUDITIFS** OUI NON

Correction apportée : _____

➤ **DIFFICULTES PHYSIQUES**

Lesquelles : _____

Suivi par un spécialiste : _____

Matériel adapté : _____

➤ **DIFFICULTES PSYCHIQUES**

Traitement : OUI NON

Lequel _____

Suivi par un spécialiste, un centre adapté : OUI NON

Si oui, merci de préciser : _____

Si vous le souhaitez, nous vous proposons de nous partager des informations supplémentaires sur l'environnement de votre enfant (familial, scolaire, ...) qui nous seraient utiles pour améliorer son accueil :

En cas de contre-indication pour un sport ou une activité ou un autre problème, un certificat médical est obligatoire. En cas d'absence, votre enfant est considéré comme apte.

PARTAGE D'INFORMATIONS

Nous vous informons que pour une question de sécurité de votre enfant, l'équipe encadrante partagera, selon la nécessité, les informations figurant sur cette fiche.