

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Ministère de l'Education Nationale

Ministère de la Santé

Ministère du Temps Libre

MINISTERE DELEGUE CHARGE
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Cette fiche est conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1. ENFANT

NOM

Prénom

Date de naissance

Sexe Garçon Fille

2. VACCINATIONS

Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant, ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé

Antipoliomyélique, antidiptérique, antitétanique, anticoquelucheuse	
VACCINS PRATIQUES : précisez s'il s'agit du D. T. Polio, du D. T. Coq, du Tétracoq, d'une prise Polio	DATES
RAPPELS	

Antituberculeuse (B.C.G) - Dates		Antivaricelleuse - Dates	
1 ^{er} Vaccin		Vaccin	
Revaccination		1 ^{er} Rappel	
Autres vaccins		Injection de sérum	
Vaccins pratiqués	Dates	Nature	Dates

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? _____

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Varicelle	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Angine	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Oreillons	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Rhumatismes	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Rubéole	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Orites	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Rougeole	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Asthme	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations ...)

4. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?

oui non

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit subir un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments

L'enfant mouille t-il son lit ?

oui non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

oui non

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénoms

Adresse (pendant la période du séjour)

.....
.....

N° Tél domicile Bureau

N° Sécurité Sociale

Adresse du centre payeur

.....
.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature (CLSH Eté)

Date

Signature (CLSH Toussaint)

Date

Signature (CLSH Février)

Date

Signature (CLSH Pâques)