

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Hémophilus influenzae	
Ou Tétracoq				Autres (à préciser)	
BCG					

Joindre **obligatoirement** la copie du carnet de vaccination **ou** les pages du carnet de santé relatives aux vaccinations **ou** une attestation du médecin en cas de contre-indications aux vaccinations.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	HEPATITE
oui non	ou non	oui non	oui non	oui non

L'enfant souffre-t-il des maladies suivantes :

ASTHME	EPILEPSIE	RHUMATISMES
oui non	oui non	oui non

L'enfant suit-il un traitement médical au moment du séjour ? OUI NON

Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

L'enfant a-t-il des réactions d'allergie ou d'intolérance :

✓ A certains médicaments ? Lesquels :

Conduite à tenir :

✓ A certains aliments ? Lesquels :

Conduite à tenir :

L'enfant souffre-t-il d'allergies respiratoires ?

Lesquelles :

Conduite à tenir :

Autres renseignements :

Pour les filles : est-elle réglée ? OUI NON L'enfant fait-il pipi au lit ? OUI NON

L'enfant a-t-il effectué un voyage à l'étranger au cours des trois derniers mois ? si oui lequel :

L'enfant a-t-il des poux actuellement (si oui, joindre le traitement) ? OUI NON

Indiquez ci-après les éventuelles difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc.... Précisez :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

ADRESSE (pendant le séjour) :

Tél. fixe (et portable) : bureau :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Si vous bénéficiez de la Couverture Maladie Universelle, joindre impérativement la photocopie de l'attestation en cours de validité.

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant,
✓ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
✓ autorise toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant,
✓ autorise mon enfant à participer à toutes les activités de la classe de découvertes ou du voyage scolaire.

DATE

SIGNATURE (Lu et Approuvé)

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

SEJOUR EN CLASSE DE DECOUVERTES :

Maladies ou accidents au cours du séjour :

Soins donnés durant le séjour :

Nombre de jours d'infirmerie ou d'hôpital :

Observations éventuelles du médecin, du directeur ou de l'assistante sanitaire :

DATE

SIGNATURE DE L'ENSEIGNANT