

CAMP "LES DAMANS"

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONCUE 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. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT : NOM : PRÉNOM :  
SEXE [GARÇON] [FILLE] DATE DE NAISSANCE : / /

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)  
ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIPHTÉRIQUE – ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq du Pentacoq d'une prise polio		VACCINS PRATIQUÉS		DATES		RAPPELS	
				/ /		/ /	
				/ /		/ /	
				/ /		/ /	
				/ /		/ /	
				/ /		/ /	
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS			
1 <sup>er</sup> VACCIN  REVACCINATION  Dernier monostest positif	DATES	VACCIN  1 <sup>er</sup> RAPPEL	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES		
	/ /		/ /		/ /		
	/ /		/ /		/ /		
	/ /		/ /		/ /		

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ?

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE		DATES	
			/ /	
			/ /	

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT  
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

- ACTUELLEMENT, L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI  
SI OUI, LEQUEL ?  
SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT LE SEJOUR JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OUI OCCASIONNELLEMENT  
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? NON OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : Prénoms :  
Adresse (pendant le séjour) :  
Téléphone : Numéro 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.

Joindre les photocopies  
- de l'attestation de la carte vitale (la feuille)  
- de la carte de mutuelle  
- des droits à la CMU à la date du séjour  
Signature du responsable :  
DATE :  
PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR :

LIEU DU SÉJOUR :  
ARRIVÉE LE / /  
DÉPART LE / /  
Cachet de l'organisme (siège social)

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR  
PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)