

CENTRE DE VACANCES ET DE LOISIRS "LES JONQUILLES"

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été 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. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec des observations éventuelles.

1. ENFANT: NOM :

Sexe: Garçon ☐ Fille ☐

Prénom : **Date de naissance:**

2. VACCINATIONS: (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant)

**TETRACOQ
(OU PENTACOQ)***

* Souligner le bon

1^{re} injection
...../...../.....

2^e injection, + 1 mois
...../...../.....

3^e injection, + 1 mois
...../...../.....

1^{er} rappel, 1 an après
...../...../.....

2^e rappel (=DTP) + 5 ans
...../...../.....

3^e rappel (=DTP) + 5 ans
...../...../.....

ANTITUBERCULEUSE (BCG)

1^{er} vaccin/...../.....

Revaccination (si néc.)/...../.....

Dernier monostest positif...../...../.....

HEPATITE B

1^{re} injection...../...../.....

2^e injection...../...../.....

3^e injection...../...../.....

ROR (ou autre vaccin
à préciser)

1^{er} vaccin...../...../.....

2^e vaccin...../...../.....

Si l'enfant n'est pas vacciné, POURQUOI ?

L'enfant est-il sujet aux parasites (poux,...) ? : Si oui, faire plusieurs traitements avant le séjour.

INJECTION DE SERUM

Nature:

Date:

Nature:

Date:

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:

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

RUBEOLE oui ☐ non ☐

VARICELLE oui ☐ non ☐

SCARLATINE oui ☐ non ☐

OTITES oui ☐ non ☐

ROUGEOLE oui ☐ non ☐

ANGINES oui ☐ non ☐

RHUMATISME oui ☐ non ☐

COQUELUCHE oui ☐ non ☐

ASTHME oui ☐ non ☐

OREILLONS oui ☐ non ☐

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES:

(Maladies, accidents, crises, convulsions, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS DES PARENTS:

.....
.....
.....

- Actuellement, l'enfant suit-il un traitement? oui ☐ non ☐

Si oui, lequel ?

**Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour joindre
obligatoirement l'ordonnance aux médicaments.**

L'enfant mouille-t-il son lit ? : oui ☐ non ☐ occasionnellement ☐

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée: oui ☐ non ☐

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT:

NOM:.....Prénom :

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 et fin d'hospitalisation, interventions chirurgicales, anesthésies) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Joindre les photocopies

- de l'attestation de la carte vitale (la feuille)

- et de la carte de mutuelle

Important

Date :

Signature du responsable de l'enfant :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR

CACHET DE L'ORGANISME (Siège social)

Arrivée le:

Départ le:

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR :

☐ Par le médecin (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

☐ Par le responsable du séjour