

<p align="center">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</p> <p align="center">A donner au responsable présent le jour du départ</p> <p>NOM DU SEJOUR : _____</p> <p>DATES : _____</p> <p>OPTION CHOISIE : _____</p>	<p align="center"><u>ENFANT</u></p> <p>NOM :</p> <p>PRENOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	--

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
Diphtérie				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
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	HEPATITE
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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

ASTHME	EPILEPSIE	RHUMATISMES
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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 (joindre protocole du médecin) :

✓ 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 le responsable du stage sportif UFOLEP, de récupérer mon enfant à la sortie de l'hôpital, le cas échéant.
- ✓ autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre de vacances.

DATE

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL

A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE A L'ATTENTION DES FAMILLES

SEJOUR EN CENTRE DE VACANCES DE :

Date d'arrivée : Poids : Date de retour : Poids :

Maladies ou accidents au cours du séjour :

Soins donnés durant le séjour :

Nombre de jours d'infirmierie ou d'hôpital :

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

DATE

SIGNATURE DU RESPONSABLE