

<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	1 - ENFANT NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : FILLE <input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/>	BRANCHE Ne pas remplir
	Année 2015/2016	Groupe de PESSAC-CESTAS

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LES ACTIVITES D'ANNEE ET LORS DES CAMPS. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Fournir les photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

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

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Nom de la **maladie** :

Explications de la maladie, **symptômes** :

Nom des **médicaments** et **posologie** :

Précautions particulières (garder au froid, administrer à heures fixes...) :

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME MÉDICAMENTEUSE ALIMENTAIRES AUTRES.....

CAUSES DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler).....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 – INFORMATIONS UTILES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC ... PRÉCISEZ LA FREQUENCE D'UTILISATION.....

.....
.....

VOTRE ENFANT FAIT IL PARFOIS PIFI AU LIT,.....

VOTRE FILLE EST-ELLE REGLEE.....

AUTRES INFOS NECESSAIRES

.....
.....

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

EEDF PESSAC-CESTAS
CLAUDINE POLONI 12 ALLEE DES LAURIERS 33600 PESSAC
0699841104/eclaireurspessaccestas@yahoo.fr

OBSERVATIONS

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