

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Elaborée d'après le Cerfa n° 10008*02 – Code de l'Action Sociale et des Familles – MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du stagiaire.
Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour

L'ENFANT:

NOM : Prénom:

Date de naissance : Garçon Fille

Lieu de séjour : Verdun-sur-Garonne Saint-Sardos Savenès

VACCINATION:

Joindre les photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant.

POUR LES MINEURS, SI L'ENFANT N'A PAS DE VACCIN OBLIGATOIRE
JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:

Groupe Sanguin de l'enfant et Rhésus :

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

Si oui pour les mineurs joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants :
(Boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance du médecin, au nom de la personne qui devra administrer les médicaments (nom de la personne du centre, avec son accord).

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ANGINE :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
SCARLATINE :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
OTITE :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
OREILLONS :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

ALLERGIES :

ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRE oui non AUTRE oui non laquelle ?

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

LES DIFFICULTES DE SANTE

(maladie, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre

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

REGIMES ALIMENTAIRES PARTICULIERS :

(diabétique, cholestérol... et joindre le protocole à suivre)

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses, auditives ou dentaires etc...**précisez**

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

si vous avez d'autres informations à nous communiquer

Fait-il la sieste ? oui non Est-il propre ? oui non

S'il s'agit d'une fille, a-t-elle des cycles menstruels ? oui non

Sait-il nager ? oui non (photocopie du certificat ou attestation de natation obligatoire)

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

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT:

.....

LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e) NOM :PRENOM :

Adresse complète :

.....

TEL. FIXE DOMICILE : PORTABLE:.....

BUREAU :

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 à :

(choix du lieu d'hospitalisation)

.....

Date :

Signature