

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM :

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

GARCON

FILLE

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE .

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

| <i>Vaccins obligatoires</i> | <i>Oui</i> | <i>Non</i> | <i>Dates des derniers rappels</i> | <i>Vaccins recommandés</i> | <i>Dates</i> |
|-----------------------------|------------|------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------|
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole- Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 pris sans ordonnance

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

| <i>RUBEOLE</i> | <i>VARICELLE</i> | <i>ANGINE</i> | <i>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</i> | <i>SCARLATINE</i> |
|-------------------|------------------|-----------------|--|-------------------|
| <i>OUI NON</i> | <i>OUI NON</i> | <i>OUI NON</i> | <i>OUI NON</i> | <i>OUI NON</i> |
| <i>COQUELUCHE</i> | <i>OTITE</i> | <i>ROUGEOLE</i> | <i>OREILLONS</i> | |
| <i>OUI NON</i> | <i>OUI NON</i> | <i>OUI NON</i> | <i>OUI NON</i> | |

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSE oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

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

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIREES, ETC ...

PRECISEZ

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

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE (pendant le séjour).....

.....

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

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:

CENTRE ORGANISTEUR

CENTRE EQUESTRE DU DOMAINE DE GAUCHOUX
87 300 PEYRAT DE BELLAC
Tel: 05.55.68.71.80
06.70.57.29.26

RESPONSABLE DU SEJOUR : Aude-Lyne LE GALL