La Cabane à Rires
Accueil de Loisirs
BAZOGES EN PAILLERS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L' ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 – VACCINATIONS

Faire la photocopie de tous les vaccins, se référer au carnet de santé de votre enfant.

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.

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

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

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑
MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑
ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L' ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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 - **RECOMMANDATIONS** UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC…PRÉCISEZ

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

5 -**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
.....

TÉL. FIXE DOMICILE : ..... BUREAU : .....

TEL PORTABLE Père (ou tuteur) ..... Mère : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT.....

Je soussigné(e) , ...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 L'ORGANISATEUR

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

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