

CAMP "LES DAMANS"

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT : NOM : PRÉNOM :
SEX: GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : / /

II. VACCINATIONS
ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIPTÉRIQUE – ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq du Pentacoq d'une prise polio	VACCINS PRATIQUÉS		DATES	RAPPELS
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1 ^{er} VACCIN	/ /	/ /			/ /
REVACCINATION	/ /	/ /			/ /
Dernier monodes postif	/ /	/ /			/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ?

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE		DATES
			/ /
			/ /

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

- ACTUELLEMENT, L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON ☐ OUI ☐
SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT LE SÉJOUR JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON ☐ OUI ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? NON ☐ OUI ☐

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : Prénoms :
Adresse (pendant le séjour) :
Téléphone :
Adresse du Centre Payeur : Numéro sécurité Sociale :
Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Joindre les photocopies

- de l'attestation de la carte vitale (la feuille)
- de la carte de mutuelle
- des droits à la CMU à la date du séjour

DATE :

Signature du responsable :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR :

LIEU DU SÉJOUR :

Cachet de l'organisme (siège social)

ARRIVÉE LE / /
DÉPART LE / /

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN ☐ (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR ☐ (qui indiquera ses nom et adresse)