

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Séjour organisé par la Boîte de Jeux du 10 au 24 Juillet 2022 à St Jean St Nicolas (05)

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant le séjour de l'enfant.
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et sera détruite à la fin du séjour.*

1 – L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Garçon ☐ Fille ☐

2 – VACCINATIONS

Merci de joindre à cette fiche la photocopie des pages « vaccinations » du carnet de santé.

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

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente 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 boîtes de médicaments correspondants, dans leur boîte d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cochez celles qu'il a eues)

☐ RUBEOLE ☐ VARICELLE ☐ ANGINE ☐ SCARLATINE ☐ OTITE

☐ COQUELUCHE ☐ ROUGEOLE ☐ OREILLONS ☐ RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ

☐ ALLERGIES ALIMENTAIRES : (précisez).....

☐ ALLERGIES MEDICAMENTEUSES : (précisez)

☐ ASTHME : ☐ AUTRES ALLERGIES :

Indiquez ci-dessous les difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation...) en précisant les dates, les causes éventuelles, la conduite à tenir, les précautions à prendre... :

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

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant mouille-t-il son lit ? ☐ OUI ☐ NON ☐ OCCASIONNELEMENT

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, un appareil dentaire, des prothèses auditives... ? Précisez.

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

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

.....
.....

Téléphones en cas d'urgence :

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 :