FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CENTRE ..... SEJOUR DU ..... /..... AU ..... /..... / .....

Cette fiche doit nous être obligatoirement retournée avec le bulletin d'inscription. Ne dissociez jamais les deux documents.
Remplissez cette fiche avec le plus grand soin : elle est indispensable pour un bon suivi sanitaire.

NOM du PARTICIPANT . . . . . PRÉNOM . . . . . .

NÉ(E) LE . . . . . / . . . . . / . . . . . AGE : . . . . . ANS POIDS : . . . . . kg SEXE : ❑ Masculin ❑ Féminin

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'ACCIDENT : nom, prénom, adresse : . . . . . Tél. bur. Tél dom.

1 VACCINATIONS

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'est pas vacciné, pour quelles raisons ? . . . . .
Joindre le certificat médical de contre-indication (attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

2 SÉRUMS

❑ ANTI-TÉTANIQUE ..... Date de la dernière injection : . . . / . . . / . . . .

❑ ANTI-DIPHTÉRIQUE ..... Date de la dernière injection : . . . / . . . / . . . .

AUTRES : (indiquez la nature et la date) . . . . .

3 MALADIES ALLERGIES

L'enfant a-t-il déjà eu :

ANGINES : ❑OUI ❑NON
OTITES : ❑OUI ❑NON
AUTRES : . . . . .

RUBÉOLE : ❑OUI ❑NON
RHUMATISMES : ❑OUI ❑NON
COQUELUCHE : ❑OUI ❑NON
OREILLONS : ❑OUI ❑NON

VARICELLE : ❑OUI ❑NON
SCARLATINE : ❑OUI ❑NON
ROUGEOLE : ❑OUI ❑NON
CONVULSIONS : ❑OUI ❑NON

ALLERGIES : ❑OUI ❑NON

ASTHME : ❑OUI ❑NON **ALIMENTAIRES** : ❑OUI ❑NON **MEDICAMENTEUSES** : ❑OUI ❑NON **AUTRES** : . . . . .

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si l'enfant a l'habitude de prendre lui-même ses médicaments, le signaler) .....

. . . . . .

. . . . . .

4 INTERVENTIONS CHIRURGICALES ET HOSPITALISATIONS

APPENDICITE : ❑ OUI ❑ NON AUTRES OPÉRATIONS . . . . .

RÉÉDUCATION . . . . .

HOSPITALISATIONS (Dates et motifs) . . . . .

5 ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? RÉGULIÈREMENT : ❑OUI ❑NON OCCASIONNELLEMENT : ❑OUI ❑NON

Dans l'affirmative, ajouter au trousseau : 1 alaise et 2 pyjamas supplémentaires.

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée : ❑OUI ❑NON RÉGULIÈREMENT : ❑ OUI ❑NON

Urines : Albumine : ❑OUI ❑NON Sucre : ❑OUI ❑NON

L'enfant suit-il un traitement ? ❑ OUI ❑ NON Si oui, lequel . . . . .

DEVRA-T-IL SUIVRE UN TRAITEMENT 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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

L'ENFANT VIENDRA-T-IL AU CENTRE AVEC :

- UNE PROTHÈSE DENTAIRE : ❑OUI ❑NON Quand doit-il la porter ? . . . . .
- DES LUNETTES : ❑OUI ❑NON Quand doit-il les porter ? . . . . .
- Autres . . . . .

6 RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Ces renseignements sont strictement confidentiels. N'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant, pendant son séjour :

Je laisse toute latitude au Directeur du groupe pour faire pratiquer EN CAS D'URGENCE sur mon Fils* ma Fille* toute intervention chirurgicale nécessaire

A . . . . . Le . . . . .

Signature obligatoire
précédée de la mention "Lu et Approuvé"

IMPORTANT : Ne remettez jamais à votre enfant l'original du carnet de santé. Si vous le jugez utile, joignez-en une copie à la présente fiche sanitaire.

Bureaux : 26, rue Jean-Jaurès - SAINT-GERMAIN EN LAYE - Yvelines - Téléphone 01 39 73 41 41 - Télécopie 01 39 73 40 46
www.compagnons.asso.fr - cjh@compagnons.asso.fr
ADRESSE POSTALE : BOÎTE POSTALE N° 60882 - 78108 SAINT-GERMAIN EN LAYE CEDEX