

FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR MINEUR

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles ; elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.
Merci de nous signaler en temps utile les modifications concernant l'enfant.*

NOM :	PHOTO
(en lettres capitales)	
PRENOM :	
(en lettres capitales)	
DATE DE NAISSANCE : GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	

Dates camp : du **au**

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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si vous n'avez pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?** oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente avec les médicaments correspondants (les médicaments dans leurs emballages d'origine, boîtes ou flacons marquées au nom de l'enfant avec la notice), ceux-ci seront à déposer à l'infirmerie au début du camp.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance ! Même ceux en vente libre.

- L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?**

	oui	non
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		

	oui	non
Otite		
Angine		
Rougeole		

	oui	non
Rhumatisme articulaire aigu		
Oreillons		
Scarlatine		

- L'enfant a-t-il des allergies ?**

	oui	non	Précisez la cause de l'allergie, la conduite à tenir et si automédication
Respiratoires			
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Autres			

- **Indiquez les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

--

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez):

--

- **L'enfant mouille-t-il son lit ?**

oui		occasionnellement		non	
-----	--	-------------------	--	-----	--

- **S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?**

oui		non		Si oui, les règles sont-elles douloureuses ?	
-----	--	-----	--	---	--

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

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

ADRESSE (pendant le séjour).....

CODE POSTAL.....VILLE.....

TEL. Mère Domicile.....Port.....Bureau.....

TEL .Père Domicile.....Port.....Bureau.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

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 :

Cette fiche sera renvoyée aux parents après le camp.
Document conforme au Formulaire cerfa N°10008*02 de la Direction Générale de la Cohésion Sociale