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:	
(en lettres capitales)	
PRENOM:	РНОТО
(en lettres capitales)	
DATE DE NAISSANCE : GARCON FILLE	

Dates camp : qu

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

• I eniant sint-ii iin traitement menical nennant le seionit / Tour Tiroir T	•	L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séiour ?	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 aigü		
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			

operation, reeducation	on) en précisant les dates et les précau	utions à prendre :
3 - RECOMMANDATIONS	UTILES DES PARENTS	
Votre enfant porte-t-il des lune etcprécisez):	ettes, des lentilles, des prothèses auditives	s, des prothèses dentaires,
 L'enfant mouille-t-il 	son lit ? oui occasionnell	ement non
 S'il s'agit d'une fille 	e. est-elle réglée ?	
oui non	Si oui, les règles sont-elles	
	douloureuses ?	
4 – RESPONSABLE DE L		
NOM	PRENOM	
NOMADRESSE (pendant le séjou	PRENOM	
NOMADRESSE (pendant le séjour	r)VILLE	
NOM ADRESSE (pendant le séjour CODE POSTAL TEL. Mère Domicile	PRENOM r)VILLEPort	Bureau
NOM ADRESSE (pendant le séjour CODE POSTAL TEL. Mère Domicile TEL .Père Domicile	PRENOM r)VILLEPortPort	Bureau Bureau
NOM ADRESSE (pendant le séjour CODE POSTAL TEL. Mère Domicile TEL .Père Domicile NOM ET TEL. DU MEDECIN		Bureau Bureau
NOM ADRESSE (pendant le séjour CODE POSTAL TEL. Mère Domicile TEL .Père Domicile NOM ET TEL. DU MEDECIN	PRENOM r)VILLEPortPort	Bureau Bureau
NOM ADRESSE (pendant le séjour CODE POSTAL	r)	BureauBureauresponsable légal de l'enfant, responsable du séjour à prendre, le
NOM ADRESSE (pendant le séjour CODE POSTAL TEL. Mère Domicile TEL .Père Domicile NOM ET TEL. DU MEDECIN ADRESSE COURRIEL: Je soussigné, déclare exacts les renseigner cas échéant, toutes mesures	r)	BureauBureauresponsable légal de l'enfant, responsable du séjour à prendre, le
NOM ADRESSE (pendant le séjour CODE POSTAL	r)	BureauBureauresponsable légal de l'enfant, responsable du séjour à prendre, le

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