

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Centre d'accueil : *Les Voies d'Agur* Séjour du *13/6/19* au *17/6/19* **capmonde**
la londe ls maux

Classe de Mr - Mme - Melle : *ROBERT* Commune / Ecole : *EE Canton Rieux*

NOM DE L'ENFANT :		PRENOM :	
NOM DE LA MÈRE :		NOM DU PÈRE :	
Né(e) le : .../.../.....	Age : ans	Poids :kg	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Adresse de l'enfant :			
Code postal :		Commune :	
Tel portable :	Tel Domicile :	Tel Travail :	

Personne à joindre en cas d'urgence (Nom et prénom) :		
Adresse de la personne :		
@ Tel portable :	Tel Domicile :	Tel Travail :

1 : VACCINATIONS
(voir carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diptérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT Polio			
Ou Tétracoq			
BCG			

VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATES
Hépatite B			
Rubéole - Oreillons - Rougeole			
Coqueluche			
Autres (Préciser)			

Si l'enfant n'a pas été vacciné, pour quelles raisons ?

2 : SERUMS

<input type="checkbox"/> Anti-Tétanique	Date de la dernière injection : .../.../.....
<input type="checkbox"/> Anti-Diptérique	Date de la dernière injection : .../.../.....
Autres (préciser)	

3 : L'enfant a-t-il eu déjà ? :

MALADIE
ALLERGIES

Rubéole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otites : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatismes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angines : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Convulsions : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres : Merci de Préciser :		
Allergies : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, merci de préciser) :		

4 : INTERVENTIONS
CHIRURGICALES
HOSPITALISATION

Appendicite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres Opérations (Merci de préciser) :
Rééducations :
Hospitalisations (Dates et motifs) :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Centre d'accueil : *Les Voies d'Azur la londe les maubres* Séjour du *L.3.06.19* au *17.06.19* capmonde

Classe de Mr – Mme – Melle : *ROBERT* Commune / Ecole : *E.E. Gaston Briève*

5 : ETAT DE SANTÉ

L'enfant mouille-t-il son lit ? : *Régulièrement* : Oui Non / *Occasionnellement* : Oui Non

Dans l'affirmation, AJOUTEZ 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 Sucres : 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, remettez les médicaments et une copie de l'ordonnance à l'enseignant ou à l'assistante Sanitaire au moment du départ (Ne placez jamais les médicaments dans la valise).

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 la porter ? :

Autres (Merci de préciser) :

6 :

RECOMMANDATIONS PARENTALES

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 :

7 : AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e).....

agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Légal

demeurant :

N° sécurité sociale :

Eventuellement mutuelle :

Si votre enfant bénéficie de la CMU, merci de joindre la photocopie de la carte pour faciliter la gestion des professions médicales.

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

le responsable, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant (Nom et prénom) :

A prendre, sur avis médical, toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'anesthésie.

Fait àle

Signature :

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