

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Centre d'accueil : Les voiles d'Azur LA LONDE LES MAURES Séjour du 04/06/2018 au 08/06/2018

Classe de Mme : CRIPPS Commune / Ecole : EE CASTORS Bièvres

NOM DE L'ENFANT :	PRENOM :	EE CASTORS Bièvres 04/06 au 08/06/2018
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
Diphthérie			
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

Vaccin DTP Obligatoire

<input type="checkbox"/> Anti-Tétanique	Date de la dernière injection : / /
<input type="checkbox"/> Anti-Diphthérique	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) :		

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Centre d'accueil : Les voiles d'Azur LA LONDE LES MAURES Séjour du 04/06/2018 au 08/06/2018

Classe de Mme : CRIPPS Commune / Ecole : EE CASTORS Bièvres

4 :

**INTERVENTIONS
CHIRURGICALES
HOSPITALISATION**

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



5 :

**ETAT
DE SANTÉ**

L'enfant mouille-t-il son lit ? : Régulièrement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / Occasionnellement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmation, AJOUTEZ AU TROUSSEAU : 1 alaise et 2 pyjamas supplémentaires.
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Régulièrement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Urines : Albumine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sucres : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enfant suit-il un traitement ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui lequel ? :
Devra-t-il suivre un traitement pendant le séjour ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>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).</i>
L'enfant viendra-t-il au centre avec :
Une prothèse dentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quand doit-il la porter ? :
Des Lunettes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Centre d'accueil : Les voiles d'Azur LA LONDE LES MAURES Séjour du 04/06/2018 au 08/06/2018

Classe de Mme : CRIPPS Commune / Ecole : EE CASTORS Bièvres

7 : AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e).....

agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Légal

demeurant :

N° sécurité de 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 des deux parents :

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