

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

20__ / 20__



AUMÔNERIE : _____

1—ENFANT

NOM : _____

GARÇON

PRENOM : _____

FILLE

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

2—RESPONSABLES DE L'ENFANT (à joindre en cas d'urgence)

Père/Mère/Tuteur (*barrer la mention inutile*)

NOM : _____ PRENOM : _____

N° de téléphone: _____/_____/_____

Père/Mère/Tuteur (*barrer la mention inutile*)

NOM : _____ PRENOM : _____

N° de téléphone: _____/_____/_____

3—RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ALLERGIES : ALIMENTAIRES MEDICAMENTEUSES AUTRE

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (*si automédication, le signaler*) :

PRISE DE TRAITEMENT MÉDICAL RÉGULIER ?

OUI, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. **Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.**

NON.

PRISE DE TRAITEMENT MÉDICAL EN CAS DE NECÉSSITÉ? (Asthme...)

OUI, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. **Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.**

NON.

PROBLEMES MEDICAUX PASSES OU ACTUELS (maladie, handicap, opération...) et précautions à prendre.

VACCINATION: Il est demandé de joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé ou de fournir une attestation des vaccinations réalisées en cas d'absence de carnet.

Pour rappel, pour les enfants nés avant 2018, seule la vaccination DTP est obligatoire. Les autres informations sont indispensables pour permettre au corps médical d'estimer l'état de santé de votre enfant si nécessaire.

4—RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS (troubles du sommeil, mouille son lit la nuit, saignements de nez, régime alimentaire, hyperactivité, handicap, prothèses dentaires et auditives, port de lunettes ou lentilles de contact, votre fille est-elle réglée ? etc.

MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT: _____

Ville et n° de téléphone : _____

Je soussigné(e), _____ 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 chirurgical) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

DATE :

SIGNATURE :