

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1-ENFANT

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATE, NOM DU SEJOUR/STAGE : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

2 - VACCINATIONS (Joindre impérativement une copie du carnet de santé)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
ATTENTION : Le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical ou PAI*** pendant le stage/séjour ? OUI NON

*Protocole d'Accueil Individualisé

Si OUI joindre le PAI, une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSE OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES OUI NON

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

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (antécédents, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ...
Précisez.

5 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

Nom : Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

Tél. (dans l'ordre à appeler) : / / /

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

6 - DROIT A L'IMAGE

J'autorise ou Je n'autorise pas, le prestataire à utiliser les images photographiques et vidéos de mon enfant, prises lors des séjours et stages, pour illustrer son site, catalogue, RS...

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du stage ou séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

OBSERVATIONS :
