

LES MERCREDIS CONSTELLÉS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

LES VACANCES
CONSTELLÉES

Cette fiche sanitaire permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles)

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations inscrites ci-dessous.

ENFANT :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : GARÇON FILLE

Coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

VACCINATION :

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins Recommandés
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hépatite B
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Rubéole Oreillons Rougeole
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Coqueluche
ou Dt Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Haemophilus
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Pneumocoque
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Autres

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Fait le :
À :
Nom et signature des parents
ou responsables légaux:

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

MALADIES	Oui	Non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'ENFANT PORTE :	Oui	Non
Des lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des lentilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des aérateurs transtympaniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES	Oui	Non
Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (animaux, plantes, pollen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? OUI NON

Précisez

Conduite à tenir et si automédication, merci de nous le signaler.

DIFFICULTÉS

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, réduction). **Précisez les dates et les précautions à prendre :**