

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du séjour :

Dates :

L'ENFANT

NOM :

Prénom

Date de naissance :

Garçon

Fille

1 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	OUI	NON	COQUELUCHE	OUI	NON	ASTHME	OUI	NON
VARICELLE	OUI	NON	OTITE	OUI	NON	RHUMATISME	OUI	NON
ANGINE	OUI	NON	ROUGEOLE	OUI	NON	ARTICULAIRE AÏGU		
SCARLATINE	OUI	NON	OREILLONS	OUI	NON			

L'enfant suit-il un **traitement médical** au moment du séjour ? OUI NON
Si oui, **joindre** une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

L'enfant a-t-il des réactions d'allergies ou d'intolérance (joindre protocole du médecin) :

A certains médicaments ? Lesquels ?

Conduite à tenir : _____

A certains aliments ? Régime alimentaire ? Lesquels ?

Conduite à tenir : _____

L'enfant souffre-t-il d'allergies respiratoires ?

Lesquelles :

Conduite à tenir : _____

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : _____

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, dentaires, etc... précisez : _____

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI OCCASIONNELLEMENT NON

Pour les filles : est-elle réglée ? OUI NON

Votre enfant fume-t-il ? OUI NON

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

Numéros de téléphone : **!/\ doivent être à jour pendant le séjour**

Mère : domicile :

portable :

travail :

Père : domicile :

portable :

travail :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

:

*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 chirurgicale) 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. Je m'engage à rembourser à **Cap Juniors**, s'il y a lieu, le montant des frais médicaux avancés.*

Date :

Signature :