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	**OUI**	**NON**
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 (boites 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 ? (sans porc, halal, casher, végétarien)
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** **OCCASSIONNELEMENT** **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 :

Attention nous n'utilisons pas ce numéro pendant le transport.
Pensez à mettre vos numéros de portable à jour sur votre compte client.
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 l'organisateur, s'il y a lieu, le montant des frais médicaux avancés.

Date : Signature :