

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



ASSOCIATION OSANÉ

ENFANT NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

DATE DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR OU DÉTRUISTE.

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Une copie des certificats de vaccination de l'enfant est également nécessaire pour valider l'inscription

VACCINS OBLIGATOIRES	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diphthérite		BCG	
Tétanos		papillomavirus	
Poliomyélite		Rotavirus	
ou DTP		Grippe	
Coqueluche (obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018)		méningocoques de type B et ACWY (obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2025)	
ou Tétracoq			
Hépatite B			
Hæmophilus influenzae de type B			
pneumocoque			
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR) (obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018)			

SI L'ENFANT N'A PAS SES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le 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). Les médicaments seront à donner le premier jour à un responsable.

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

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

ANGINE		VARICELLE		OTITE		ROUGEOLE			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		
COQUELUCHE		RUBÉOLE		OREILLONS		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

ALLERGIE MÉDICAMENTEUSE OUI NON si oui, précisez :

ALLERGIE/RÉGIME ALIMENTAIRE OUI NON si oui, précisez :

AUTRE ALLERGIE : OUI NON si oui, précisez :

ASTHME : OUI NON

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, TROUBLE COMPORTEMENTAL, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Votre enfant est-il énurétique : OUI NON (si oui l'enfant doit emmener une alaïse)

J'autorise en cas de mal de tête l'assistant sanitaire à donner du paracétamol à mon enfant : OUI NON

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

N° se sécurité sociale :

Carte mutuelle :

Nom de la mutuelle :.....

n° télétransmission : n° adhérent : Date de fin :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

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.

Date :

Signature :