

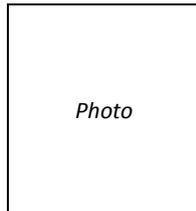


LA FARLÈDE



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et prénom de l'enfant :



Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Nom et prénom du responsable légal de l'enfant :

Adresse :

Tél. fixe : Tél. mobile :

E-mail :

Durée et Lieu du séjour :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

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**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Rubéole : Oui Non

Coqueluche : Oui Non

Rhumatisme articulaire aigu :

Varicelle : Oui Non

Otite : Oui Non

Oui Non

Angine : Oui Non

Rougeole : Oui Non

Scarlatine : Oui Non

Oreillons : Oui Non

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme : Oui Non

Alimentaires : Oui Non

Autres : Oui Non

Médicamenteuses : Oui Non **lesquelles :**

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

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

Indiquez ci-après

• **Les difficultés de santé (Maladies, Accidents, Crises convulsives, Hospitalisations, Opérations, Rééducation, en précisant dates et précautions à prendre) :**

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

Nom et Téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Observation(s)

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

Je soussigné, 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 et signature du représentant légal précédée de la mention : « Lu et approuvé »

L'organisateur du Séjour :

Service des Sports de La Farlède - Gymnase Pantalacci

Tél. : 06 22 40 60 21 ou 04 94 21 95 69

E-mail : servicedessports@lafarlede.fr