

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SERVICES AUX FAMILLES

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS MUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC DES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

I. ENFANT : NOM : PRENOM :
SEXE : ☐ GARÇON ☐ FILLE ☐ DATE DE NAISSANCE :

II. VACCINATIONS : (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	VACCINS PRATIQUES		DATES

RAPPELS

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
DATES	DATES	VACCINS PRATIQUES
1er VACCIN	VACCIN	
REVACCINATION	1er RAPPEL	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE,
POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUMS	NATURE	DATES

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

--	--

GROUPE SANGUIN : RHESUS : ☐ POSITIF ☐ NEGATIF ☐

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

L'ENFANT MOUILLE -T-IL SON LIT ? ☐ NON ☐ OUI
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? ☐ NON ☐ OUI
AUTORISATION DES PARENTS A LA BAINNADE ET AUX EXCURSIONS ? ☐ NON ☐ OUI
AUTORISATION DES PARENTS AUX SOINS D'URGENCE ? ☐ NON ☐ OUI

Toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, PRECISEZ LEQUEL :

TRAITEMENT : DU AU
TRAITEMENT : DU AU
TRAITEMENT : DU AU

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRENOM :
ADRESSE :

TELEPHONE DOMICILE : TELEPHONE BUREAU :
NUMERO SECURITE SOCIALE :
ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

MEDECIN TRAITANT : TELEPHONE :
CENTRE DE SOINS : TELEPHONE :

ASSURANCE :

MUTUELLE :

VI. OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR : (PRECISEZ LA DATE)

PAR LE MEDECIN ☐ (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR ☐ (qui indiquera ses nom et adresse)

VII. PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : QUALITE : TEL :
NOM : QUALITE : TEL :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : SIGNATURE :