



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

STAGE « FRANCIS MAMBU »

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

n° SECURITE SOCIAL :

DATES 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.

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

VACCINS OBLIGATOIRES

- | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| Diphtérie | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Poliomyélite | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Ou DT polio | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Ou Tétracoq | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| BCG | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

VACCINS RECOMMANDES

- | | | |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Hépatite B | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Rubéole-Oreillons-Rougeole | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Autres (préciser).....

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



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

STAGE « FRANCIS MAMBU »

3 - 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 (**Souligner**)?

RUBÉOLE - VARICELLE - ANGINE – RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ – SCARLATINE - COQUELUCHE - OTITE - ROUGEOLE OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

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

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

PRÉCISEZ.

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....

PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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 : Signature :