Fiche sanitaire de liaison – cerfa n°85-0233

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être 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.

Enfant : ☐ F ☐ M Date de naissance : ……

Nom : …… Prénom : ……

Accueil : **Dates du séjour** du 2 au 3 novembre 2019

Adresse du stage :

Gymnase des Varzelles- Impasse des Varzelles 04100 MANOSQUE

Hébergement : hôtel campanile- rue du Temple 04100 MANOSQUE

I - Vaccinations : (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

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

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS	DATE
1er VACCIN		1er VACCIN		……	
REVACCINATION		REVACCINATION		……	

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? ……

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
	……	
	……	

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	**Rougeole**	**Oreillons**	**Rhumatismes**	**Asthme**
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non

Alimentaire ☐ oui ☐ non autres ☐ oui ☐ non

L'enfant mange du porc (jambon, saucisse, viande) ☐ oui ☐ non

Enurésie nocturne encore possible ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : ………

……

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

……

……

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

……

……

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : …… Prénom : ……

Adresse pendant le séjour : ……

……

N° de S.S. : ……

Adresse du centre payeur : ……

……

Tél. domicile : travail : portable :

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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :

A remplir par la responsable du stage à l'attention de la famille

Responsable : Stéphane LITSCHGY

Coordonnées : 06 82 30 91 88

Observations :