

FICHE SANITAIRE DE LIAISON -

Les informations confidentielles que contiennent cette fiche sont destinées uniquement aux animateurs du séjour et, le cas échéant, aux services médicaux.

Séjour: Du _____ au _____ Responsable:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Identité du jeune</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Nom du jeune:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Prénom:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Né(e) le:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Garçon <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Identité du jeune	Nom du jeune:	Prénom:	Né(e) le:	Garçon <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Réservé AEP
Identité du jeune							
Nom du jeune:							
Prénom:							
Né(e) le:							
Garçon <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>							

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX DU JEUNE	
Père	Mère
NOM et Prénom:	NOM et Prénom:
Adresse:	Adresse:
Coordonnées téléphoniques	Coordonnées téléphoniques
Domicile:	Domicile:
Mobile:	Mobile:
Travail:	Travail:
N° sécurité sociale:	
En cas d'urgence, personne à joindre en priorité:	
Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom et la qualité de la personne)	
.....	

ETAT DES VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)					
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					
SI LE JEUNE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION					
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION					

ETAT DES MALADIES ENFANTINES					
Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes? cocher la case correspondante					
MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire aigu		
Angine					

Nom et Prénom du jeune

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Le jeune suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants le jour du départ. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom du jeune et accompagnées de leur notice.)

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

Le jeune a-t-il des allergies ?	Asthme	OUI	NON	Médicamenteuses	OUI	NON
	Alimentaires	OUI	NON		Autres	OUI

Si OUI, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler):

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé - énurésie, maladie, accident, crises convulsives, ... - en indiquant les précautions à prendre (possibilité de joindre un courrier à cette fiche)

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires?

Précisez aussi si votre enfant est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, ...)

Autres informations que vous souhaitez communiquer

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT DU JEUNE

Docteur: Téléphone:

Adresse:

Si les circonstances le permettent, les animateurs mettront tout en oeuvre pour contacter en priorité la famille du jeune.

DECHARGE MEDICALE

Je (nous) soussigné(s) (responsable légal)

- Déclare (déclarons) exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Autorise (autorisons) par la présente l'équipe d'encadrement du séjour à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état du jeuneet donne (donnons) mon (notre) autorisation pour le faire hospitaliser ou opérer si nécessaire lors de ce séjour.

Fait à le

Signature(s):

Remarque: En complétant cette fiche, il est inutile de confier son carnet de santé à votre enfant.