

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Garçon Fille

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Centre de vacances Berry-Tudy – 29980 Ile Tudy **Séjour du Vent dans les Voiles du 27 / 04 / 2024 au 04 / 05 / 2024**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE VOTRE ENFANT.

ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

2 – **VACCINATIONS** (joindre **OBLIGATOIREMENT** la photocopie de la page des vaccinations du carnet de santé).

- ✓ Vaccinations obligatoires : Diphtérie, Tétanos, BCG, Polyomélite ou DT Polio ou Tétracoq
- ✓ Vaccinations recommandées : Hépatite B, Rubéoles – Oreillon – Rougeole, Coqueluche

SI L'ENFANT N'A PAS DE VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION / LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

LIEN DE PARENTE :

NOM : PRENOM :

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) :

.....

TEL FIXE DOMICILE : TEL PROFESSIONNEL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL DU MEDECIN 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 : _____

Cadre réservé aux responsables du séjour. Ne pas écrire. Merci !

Notes concernant votre enfant au cours de son séjour							
	Arrivée	Départ		Arrivée		Départ	
Taille			Poux	Oui	Non	Oui	Non
Poids							

4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire aigüe		Scarlatine	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		

ALLERGIES : ASTHME : OUI NON MEDICAMENTEUSE : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE

HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION, EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....

.....

.....

.....

5 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

.....

6 – REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (ALLERGIE, SANS PORC, VEGETARIEN...)

.....

.....

Compléments d'informations

REGIME DE SECURITE SOCIALE AFFILIE			
CPAM <input type="checkbox"/>	CMU <input type="checkbox"/>	MSA <input type="checkbox"/>	MGEN <input type="checkbox"/>
Nom de la mutuelle couvrant votre enfant :			