

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL



Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination page sur le DT poliomyélite

NOM DU MINEUR : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... SEXE: M F N°licence FFBB : .....

*ou joindre un certificat médical pour les non-licenciés*

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances).

## 1-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

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

<b>RUBEOLE</b>	Oui	Non	<b>COQUELUCHE</b>	Oui	Non	<b>ASTHME</b>	Oui	Non
<b>VARICELLE</b>	Oui	Non	<b>OTITE</b>	Oui	Non	<b>RHUMATISME</b>	Oui	Non
<b>ANGINE</b>	Oui	Non	<b>ROUGEOLE</b>	Oui	Non	<b>ARTICULAIRE AÏGU</b>	Oui	Non
			<b>OREILLONS</b>	Oui	Non	<b>SCARLATINE</b>	Oui	Non

L'enfant suit-il un **traitement médical au moment du 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).

L'enfant a-t-il des **réactions d'allergies** ou **d'intolérance** (joindre protocole du médecin) :

A certains médicaments ? Lesquels ? *Conduite à tenir* :

.....

A certains aliments ? **Régime alimentaire** ? Lesquels ? (sans porc, végétarien..) *Conduite à tenir* :

.....

L'enfant souffre t-il d'**allergies respiratoires** ? Lesquelles ? *Conduite à tenir* :

.....

Indiquez ci-après **les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

Votre enfant porte t-il des **lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, dentaires...** Précisez :

.....

**L'enfant mouille t-il son lit ?** Oui Non

**Pour les filles : est-elle réglée ?** Oui Non

## 2- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Numéro de téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : ..... n° tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je soussigné (e),....., 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

Je m'engage à rembourser à l'organisateur, s'il y a lieu, le montant des frais médicaux avancés.

Date :

Signature :