

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS MUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC LES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

ENFANT NOM: _____ PRENOM: _____
SEXE: GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE: _____

VACCINATIONS *Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant.
 Si vous ne remplissez pas merci de joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé en n'oubliant pas de MENTIONNER LES NOMS ET PRENOMS DE L'ENFANT SUR LA FEUILLE*

<i>Précisez s'il s'agit</i>		VACCINS PRATIQUES		DATES	
Du DT polio				/ /	
Du DT coq				/ /	
Du Tétracoq				/ /	
D'une prise polio					
Hépatite B					
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
1er VACCIN	/ /	VACCIN	/ /		/ /
REVACCINATION	/ /	1er RAPPEL	/ /		/ /
NATURE				DATES	
INJECTIONS DE SERUM				/ /	
				/ /	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI _____

L'ENFANT A T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES:

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
COQUELUCHE	OTITES	OREILLONS	ROUGEOLE	ENGRESIE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

ASTHME	OUI NON	SI OUI QUEL TRAITEMENT : _____
ALLERGIES	OUI NON	PRECISEZ L'ALLERGIE : POLLENS, POUSSIERES, ANIMAUX, ALIMENTAIRES ... : _____

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE? OUI NON
 INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES:
 (maladies /accidents /crises /convulsive /allergies /hospitalisation/operations/rééducations)

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Merci d'entourer les éléments de votre stage

LIEU: LABAROCHE - MULHOUSE

SEMAINE: SEM 1 - SEM 2 - SEM 3 - SEM 4 - SEM 5

BASKET - FOOT - HAND - RUGBY - VTT - GYM - WATERPOLO - BADMINTON - JUDO - TENNIS - SQUASH - MEDIAS ET SPORT -

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT? NON
 SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS **ET D'INDIQUER LES NOMS ET PRENOMS SUR LA BOITE DES MEDICAMENTS.**
RAPPEL: AUCUN MEDICAMENT NE DEVRA ETRE EN POSSESSION DES JEUNES PENDANT LE STAGE.

RESPONSABLE DE L'ENFANT
 NOM: _____ PRENOMS: _____
 ADRESSE (Pendant le séjour): _____ VILLE: _____
 CODE POSTAL: _____
 NUMERO DE PORTABLE MERE: / / / / NUMERO DE PORTABLE PERE: / / / /

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR: _____

ADRESSE DUCENTREPAYEUR: _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Date: / / **Signature:** _____

PARTIE RESERVEE AL'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR

- Domaine Les Cigogneaux
 208 Le Breu
 68910 LABAROCHE
- Centre Sportif Régional Alsace
 5 Rue des Frères Lumières
 68100 MULHOUSE

ARRIVE LE / /

DEPART LE / /

Cachet de l'organisme (siège social)

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

- Par le médecin Dr _____, exerçant à _____, tél : / / / /
- Par le responsable sanitaire du séjour M/Mme _____, tél : / / / /