

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT : _____

SEXE: FÉMININ DATE DE NAISSANCE : _____

MASCULIN

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour le bon déroulement du séjour de l'enfant.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT SUIV-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)

ALLERGIES :

ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

RECOMMANDATIONS UTILES : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL & VILLE _____

EMAIL _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Tuteur : domicile : _____ portable : _____ travail : _____