



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. **ENFANT** NOM : _____ PRÉNOM : _____
SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : _____

II. **VACCINATION** *Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé : 3 pages (pages 65 à 67 sur les modèles de carnets récents).*

S

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHÉTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	RAPPELS		VACCINS PRATIQUÉS		DATES	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
1er VACCIN	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
REVACCINATION	/ /	1er RAPPEL	/ /		/ /
	/ /		/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,
POURQUOI ?

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES
		/ /
		/ /

III. **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	VARICELLE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ANGINES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	RHUMATISMES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	SCARLATINE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	OTITES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ASTHME <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	OREILLONS <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /

	/ /
--	-----

IV. RECOMMANDATIONS DES

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIVRE-T-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE NON OUI

RÉCLÉE ?

Coordonnées et numéro de
téléphone du médecin traitant.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOMS _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE TÉL.	DOMICILE	PORTABLE DE :	PORTABLE DE :	BUREAU
---------------	----------	---------------------	---------------------	--------

N° DE SECURITE SOCIALE _____

ADRESSE DU CENTRE _____

Assurance / Mutuelle : joindre le numéro ou une photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile qui couvre l'enfant et de l'attestation de mutuelle complémentaire des

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur 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 RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DES COURS DE CYCLOTOURISME :

Les samedis après-midi en période scolaire

La Seyne sur mer

Cachet de l'Organisme



siège social :
CSM Seynois section Cyclotourisme
Stade Scaglia, La Seyne sur mer