



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Fille

Festival "Lève-Toi"

Dates

20/11/2021

au

21/11/2021

Lieu

MANTES LA JOLIE et VERSAILLES (78)

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE FESTIVAL

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant). JOINDRE LES COPIES DES PAGES VACCINATION

Vaccins Obligatoires	oui		non		Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	oui		non		Dates
Diphtérie						Hépatite B					
Tétanos						Rubéole-oreillons-rougeol.					
Poliomyélite						Coqueluche					
Ou DT polio						Autres (préciser)					
Ou Tétracoq											
BCG											

ABSENCE DE VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	oui	non
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		

	oui	non
Otite		
Angine		
Rougeole		

	oui	non
Rhumatisme articulaire aigu		
Oreillons		
Scarlatine		

ALLERGIES	oui	non
Asthme		
Alimentaires		
Médicamenteuses		

Autres allergies	

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour

Complément d'adresse

Code postal Ville

Tél. fixe domicile

Tél. portable M.

Tél. portable Mme

Tél. fixe prof. M.

Tél. fixe prof. Mme

Facultatif

Nom du médecin traitant

Tél.

Je soussigné

responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du groupe à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise également si nécessaire, le responsable du groupe à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

le

Signature