

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATE ET LIEU DU SEJOUR : du lundi 11 février au jeudi 14 février 2019 à TROYES (ESTAC)

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.**

2- VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-
INDICATION**

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NO N | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMADES | DATES |
|----------------------|-----|---------|-------------------------------|--------------------------------|-------|
| Diptérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons- Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

➔ Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | |

Antécédents médicaux :

- ASTHMES OUI NON
- Allergies MEDICAMENTEUSES OUI NON
- Allergies ALIMENTAIRES OUI NON
- CRISE D'ÉPILEPSIE OUI NON
- Valve de dérivation cérébrale OUI NON
- Autres OUI NON

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRE, ETC.... PRECISEZ.

COMPLEMENTS INFORMATIONS MEDICALES

Nature de la déficience :

Actes médicaux :

| | |
|-------------------------------|--|
| Sonde urinaire à demeure | |
| Cathéter sus pubien | |
| Sondage urinaire intermittent | |
| Poche de stomie | |
| Garniture de protection | |

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Personne à contacter en cas d'urgence durant le stage « JAP » :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

N° Tél _____ / _____

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT _____

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.

Signature :

DATE : _____

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR:**

Centre Sportif de l'Aube 5 rue Marie Curie – 10000 TROYES - 03 25 74 37 06
Cécilia MUNCH (CRHGE) – c.munch@handisport.org - 06.42.01.96.59

OBSERVATIONS
