

LYCEE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*** ENFANT**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

*** Dates et lieu du séjour : SAINT LARY– 05 ET 06 SEPTEMBRE OU 07 ET 08 SEPTEMBRE OU 12 ET 13 SEPTEMBRE**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

❶ Groupe sanguin :

❷ Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			
BCG			

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

❸ 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

ALLERGIES : ASTHME OUI NON **MEDICAMENTEUSES** OUI NON

ALIMENTAIRE OUI NON

AUTRES

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

.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

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

.....
.....
.....
.....
.....

④ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC PRECISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

⑤ RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR

.....
.....
.....

TEL FIXE ET PORTABLE, DOMICILE : BUREAU

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

.....

Nom de votre compagnie d'assurance : MMA

Cabinet ALQUIER DESROUSSEAUX

Tél : 05.61.52.88.88

N° du contrat : 110 785 438

Date de validité : 1/09/2022 au 31/08/2023

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

Date :

Signature :