

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(D'après le cerfa 10008*02)

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'élève. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et sera détruite à la fin du séjour ou vous sera rendue sur simple demande.

Séjour ou activité :

Elève : Nom Prénom

Classe : Date de naissance : Sexe : garçon fille

Vaccinations : à remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'élève

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
Autres (préciser)					

Si l'élève n'a pas les vaccins obligatoires, pourquoi ?

Joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES

Renseignements médicaux concernant l'élève

L'élève suit-il un régime alimentaire particulier ? oui non

Si oui, préciser :

L'élève suivra-t-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre l'original d'une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'élève avec la notice)

ATTENTION : pensez à anticiper les maux de tête, de ventre, les petits coups ou bleus, saignement de nez, mal des transports, etc. ... !!

Car ils sont inévitables et sans ordonnance et cachet prévu à cet effet, ils deviennent vite contraignants, voire handicapants, pour le séjour de votre enfant.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'élève a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ASTHME Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Allergies : Poils/plumes oui non Médicamenteuse oui non
Alimentaires oui non Autres :

Préciser la cause exacte de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler et fournir ordonnance originale et médicaments correspondants)

Plan d'Aide Individualisé (PAI) : oui (joindre le dossier) non

Recommandations utiles des parents

Indiquer ici les contre-indications et autres difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'élève porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...Préciser.

Enurésie: oui occasionnelle non S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? oui non

Pratique sportive : autorisée non autorisée (joindre un certificat médical)

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Responsable de l'élève (pendant le séjour, s'il s'agit d'une garde alternée)

NOM PRÉNOM

ADRESSE

Numéros de téléphone

Mère – Domicile : Portable : Travail :

Père – Domicile : Portable : Travail :

Tuteur - Domicile : Portable : Travail :

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant:

Adresse du centre payeur :

Autre personne pouvant être contactée si les responsables de l'élève ne répondaient pas :

Nom Prénom

Qualité (grand parent, autre)

Téléphone - Domicile : Portable : Travail:.....

*Je soussigné(e), M. ou Mme
demeurant à*

agissant en qualité de (père, mère, tuteur ou tutrice), déclare autoriser mon enfant à participer aux différents séjours ou activités proposés par l'établissement St Louis Ste Marie.

J'autorise l'établissement à prendre, toute mesure d'urgence, tant médicale que chirurgicale, ou cas d'hospitalisation.

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

J'autorise également l'établissement à rapatrier d'urgence mon enfant, en cas de nécessité.

Je déclare avoir pris connaissance de fait, qu'en cas de maladie, les frais engagés pour le traitement sont à la charge des familles.

A....., le...../...../.....

Signatures des parents précédées de la mention « lu et approuvé »