

## Séjour nature au CPIE Val d'Authie

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche est conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourraient 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 éventuelles observations.

#### 1 - Enfant

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance .....  garçon  fille

#### 2 - Vaccinations (à remplir à partir du carnet ou des certificats de vaccinations)

##### Antipoliomyélitique - antidiphtérique - antitétanique - anticoquelucheux

Précisez s'il s'agit

<input type="checkbox"/> du DT-Polio	date .....	<input type="checkbox"/> rappel	date .....
<input type="checkbox"/> du DT-Coq	date .....	<input type="checkbox"/> rappel	date .....
<input type="checkbox"/> du Tétracoq	date .....	<input type="checkbox"/> rappel	date .....
<input type="checkbox"/> d'une prise polio	date .....	<input type="checkbox"/> rappel	date .....

##### Antituberculeux (BCG)

1<sup>er</sup> vaccin date ..... revaccination date .....

##### Antivaricelleuse

Vaccin date ..... 1<sup>er</sup> rappel date .....

##### Autres vaccins

Vaccin pratiqué ..... date .....

Vaccin pratiqué ..... date .....

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? .....

##### Injections de sérum

Nature ..... date .....

Nature ..... date .....

#### 3 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

A-t-il déjà contracté les maladies suivantes ?

<input type="checkbox"/> rubéole	<input type="checkbox"/> varicelle	<input type="checkbox"/> angines	<input type="checkbox"/> rhumatismes	<input type="checkbox"/> scarlatine
<input type="checkbox"/> coqueluche	<input type="checkbox"/> otites	<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> rougeole	<input type="checkbox"/> oreillons

Indiquez les autres difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations...), en précisant les dates

..... date .....

..... date .....

..... date .....

Recommandations des parents .....

.....

.....

.....

.....

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?  oui  non

Si oui, lequel ? .....

*Nb. si l'enfant suit un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance avec les médicaments.*

L'enfant mouille-t-il son lit ?  oui  non  occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  oui  non

#### **4 - Responsable de l'enfant**

Nom ..... Prénom .....

Adresse (pendant la durée du séjour) .....

.....

Téléphone : domicile ..... travail .....

Numéro de Sécurité Sociale ..... Centre payeur .....

***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, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.***

Date .....

Signature,

---

RÉSERVÉ A L'ORGANISATEUR

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

---