

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



LE JEUNE (Écrire en majuscule)



NOM : _____ PRÉNOM : _____

Date de naissance : ____/____/____ Garçon Fille

Titre du séjour : _____

Dates : du ____/____/____ au ____/____/____

Lieu du séjour : "La Rose des Vents" Piriac-sur-Mer (44 – Loire Atlantique)

Taille : _____ Poids : _____ Âge : _____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles. Nous vous remercions de la compléter avec soin.

VACCINATION (compléter le tableau ou joindre la copie du carnet de santé ou les certificats de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Le jeune bénéficie-t-il de la protection universelle maladie (PUMA) pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, fournir une attestation valide.

Le jeune possède-t-il une carte vitale ? Oui Non Si oui, la fournir.

Le jeune doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants au moment du départ (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole Oui Non Varicelle Oui Non Angine Oui Non

Rhumatisme articulaire aigu Oui Non Scarlatine Oui Non Coqueluche Oui Non

Otite Oui Non Rougeole Oui Non Oreillons Oui Non

ALLERGIES :

Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non Alimentaires Oui Non Autre Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, joignez le PAI et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

RECOMMANDATIONS UTILES

Afin d'améliorer l'accueil du jeune, veuillez préciser si il/elle :

porte des lentilles Oui Non porte des appareils auditifs Oui Non porte une prothèse dentaires Oui Non
sait nager Oui Non peut se baigner Oui Non peut pratiquer du sport Oui Non
sommeil difficile Oui Non est énurésique Oui Non est réglée Oui Non
est encoprétique Oui Non trouble comportement Oui Non autres Oui Non

Si vous souhaitez porter des informations spécifiques à notre connaissance, merci de les indiquer ci-dessous :

RÉGIME ou ALLERGIES ALIMENTAIRES : Sans porc Sans viande Végétarien

RESPONSABLE LÉGAL DU JEUNE

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : _____ Tél. Portable : _____

Tél. professionnel : _____

OBLIGATOIRE : PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Lien avec l'enfant : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable (Obligatoire): _____

Tél. professionnel : _____ Email : _____

Je soussigné(e) _____ responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, après consultation médicale, toute mesure (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale anesthésie comprise) rendue nécessaire par l'état du jeune et à reprendre le mineur à sa sortie de l'hôpital. J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Date :

Lu et Approuvé
Signature (obligatoire) :

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
