

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(MEDICAL SLIP)

CE DOCUMENT DOIT ETRE REMPLI AVEC SOIN ET DOIT OBLIGATOIREMENT ETRE JOINT AU DOSSIER D'INSCRIPTION

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

CENTRE ou CIRCUIT : _____ DATES : _____

I. ENFANT : NOM _____ PRENOM _____
(Child) (Name) (Surname)
SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE ____/____/____
(Gender) (Male) (Female) (Birth date)

II. VACCINATIONS : (Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS PRATIQUES	DATES (Dates)	REVACCINATIONS (revaccinations)	RAPPELS (Booster)	RAPPELS (Booster)	RAPPELS (Booster)
DT polio					
DT coq					
Tétracoq					
BCG					
Antivariolique (smallpox)					
Hépatite B (hepatitis B)					
Oreillons/Rougeole/Rubéole (Mumps/Measles/Rubella)					

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ? _____
(If the child have not, why ?)

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (CHILD'S MEDICAL INFORMATIONS) :

ACTUELLEMENT, L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON
(Does the child have a treatment ?) (yes) (no)

SI OUI, LEQUEL ? _____
(If he does, which one ?)

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE ET LES MEDICAMENTS.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? **A-T-IL DES ALLERGIES ? SI OUI A QUEL MÉDICAMENT ?**
(Does the child have the following illness ?) (Any allergies and at which treatment ?)

	OUI (yes)	NON (no)
Asthme (Asthma)		
Coqueluche (Whooping cough)		
Varicelle (Chickenpox)		
Rhumatismes (Rheumatism)		
Scarlatine (Scarlet fever)		

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
(Other health problems)
(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)
(illness, accidents, convulsive crises, hospitalizations, operations, re-educations)

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?
(Does The child wet his bed ?)

OUI (YES)	
--------------	--

OCCASIONNELLEMENT (SOMETIMES)	
----------------------------------	--

NON (NO)	
-------------	--

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ?
(If it's a girl, does she have her period ?)

OUI (YES)	
--------------	--

NON (NO)	
-------------	--

L'ENFANT SUIV-IL UN REGIME ALIMENTAIRE ?
(Does the child follow a special diet ?)

OUI (YES)	
--------------	--

NON (NO)	
-------------	--

SI OUI, LEQUEL ? _____
(If yes which one ?)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS (RECOMMENDATIONS FROM THE PARENTS) :

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT (PERSON IN CHARGE OF THE CHILD) :

NOM _____ PRENOMS _____
(Name) (Surname)

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____
(Address)

N° DE SECURITE SOCIALE : . / . . / . . / . . / . . . /
(Social security number)

DOMICILE
(Home)

BUREAU
(Office)

TEL : _____
(Phone)

Père _____ poste _____
(Father)

PORTABLE
(mobile)

Mère _____ poste _____
(Mother)

Père _____
(Father)

Mère _____
(Mother)

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____
(Address of the centre)

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise
(I, the undersigned, tutor of the child, declare all the informations on the medical slip exact and give

le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations,
authorization to the person in charge of the stay to secure all the medical treatment needed in case

interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
of illness of my child.)

DATE : _____

Signature : _____
