



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ECOLE ELEMENTAIRE DES LOGES EN JOSAS

### SEJOUR AU FUTUROSCOPE DU 9 AU 10 AVRIL 2015

NOM DE L'ENFANT : .....	PRENOM : .....
NOM DE LA MÈRE : .....	NOM DU PÈRE : .....
Né(e) le : .../.../.....	Age : ..... ans Poids : .....kg Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Adresse de l'enfant : .....	
Code postal : .....	Commune : .....
Tel portable : .....	Tel Domicile : .....
Tel Travail : .....	

Personne à joindre en cas d'urgence (Nom et prénom) : .....	
Adresse de la personne : .....	
Tel portable : .....	Tel Domicile : .....
Tel Travail : .....	

VACCIN OBLIGATOIRE	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DTP Diphtérie Tétanos Polio			.....

**1 :**  
**VACCINATIONS**  
(voir carnet de santé)

VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATES
Hépatite B			.....
Rubéole - Oreillons - Rougeole			.....
Coqueluche			.....
BCG			.....

Si l'enfant n'a pas été vacciné, pour quelles raisons ? (joindre un certificat médical)

.....  
.....

**2. Votre enfant a-t-il déjà eu :**

**MALADIES**

Rubéole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otites : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatismes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angines : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Convulsions : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**ALLERGIES**

Autres : Merci de Préciser : .....

Allergies :  Oui  Non (Si oui, merci de préciser) :

.....



**3 :**  
**INTERVENTIONS  
CHIRURGICALES  
HOSPITALISATION**

Appendicite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres Opérations (Merci de préciser) : .....
Rééducations : .....
Hospitalisations (Dates et motifs) : .....

**4 :**  
**ETAT  
DE SANTÉ**

L'enfant mouille-t-il son lit ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, AJOUTEZ AU TROUSSEAU : 1 alaise.
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant présente-t-il des contre-indications aux attractions dynamiques (problèmes cardiaques notamment) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, fournir un certificat médical
L'enfant suit-il un traitement ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui lequel ? : .....
Devra-t-il suivre un traitement pendant le séjour ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, <u>remettez les médicaments et une copie de l'ordonnance</u> à l'enseignant au moment du départ (Ne placez jamais les médicaments dans la valise).
L'enfant viendra-t-il au centre avec : Une prothèse dentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quand doit-il la porter ? : .....
Autres (Merci de préciser) : .....

**5 :**  
**RECOMMANDATIONS  
PARENTALES**

Ces renseignements sont strictement confidentiels. N'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant pendant son séjour (repas, sommeil...):

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



## 6 : AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e).....

agissant en qualité de :  Père  Mère  Tuteur Légal

demeurant : .....

N° sécurité de sociale : .....

Eventuellement mutuelle : .....

Si votre enfant bénéficie de la CMU, merci de joindre la photocopie de la carte pour faciliter la gestion des professions médicales.

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

le responsable, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant (Nom et prénom) :

.....

A prendre, sur avis médical, toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'anesthésie.

Fait à ..... le .....

Signature :