

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

NOM/PRÉNOM DU PARTICIPANT :

NOM DU SÉJOUR :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX



INFORMATION OBLIGATOIRE POUR TOUTE INSCRIPTION

DT POLIO, DATE DU DERNIER RAPPEL [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE LA PAGE DTP UNIQUEMENT DU CARNET DE SANTÉ

NOM DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT : TÉL.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

SCARLATINE RUBÉOLE VARICELLE

ROUGEOLE OREILLONS COQUELUCHE

OTITE ANGINES RHUMATISMES

A T-IL EU DES CONVULSIONS ? SI OUI, QUELLE EST LA DATE DE LA DERNIÈRE CRISE : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

VOTRE ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? : OUI OCCASIONNELLEMENT NON
(MERCİ DE PRÉVOIR LE NÉCESSAIRE SI BESOIN : ALÈSE + COUCHES)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, PROTHÈSES DENTAIRES OU AUDITIVES ? OUI NON

SI OUI, PRÉCISEZ :

INFORMATION SUR LA CNIL :

LES INFORMATIONS RECUEILLIES FONT L'OBJET D'UN TRAITEMENT INFORMATIQUE. EN APPLICATION DE LA LOI DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE, VOUS BÉNÉFICIEZ D'UN DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION AUX INFORMATIONS QUI VOUS CONCERNENT. SI VOUS SOUHAITEZ EXERCER CE DROIT ET OBTENIR COMMUNICATION DES INFORMATIONS VOUS CONCERNANT, VEUILLEZ-VOUS ADRESSER À L'ASSOCIATION PARITAIRE D'ACTION SOCIALE DU BÂTIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS 14-18, RUE DE LA VANNE - 92120 MONTROUGE

SANTÉ

VOTRE ENFANT SUIT-IL UN RÉGIME PARTICULIER ? OUI NON

SI OUI, LEQUEL :

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ALLERGIES ? OUI NON

SI OUI, MERCI DE NOUS PRÉCISER LE TYPE D'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR AFIN DE L'ACCUEILLIR DANS LES MEILLEURES CONDITIONS :

MÉDICAMENTEUSE OUI NON ALIMENTAIRE OUI NON

AUTRES TYPES D'ALLERGIES, MERCI DE PRÉCISER :

.....

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ASTHME ? OUI NON SI OUI, SUIT-IL UN TRAITEMENT QUOTIDIEN ? OUI NON

PRÉCISEZ LEQUEL ?

.....

PRÉCAUTION À PRENDRE :

MERCI DE JOINDRE LE PROTOCOLE INDIVIDUEL S'IL EST MIS EN PLACE.

AU DÉPART DU SÉJOUR, SI VOTRE ENFANT SUIT UN TRAITEMENT, JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE L'ORDONNANCE DES MÉDICAMENTS PRESCRITS, MARQUÉS AU NOM DE L'ENFANT ET DANS LEURS EMBALLAGES D'ORIGINE.

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE

IMPORTANT

VOTRE ENFANT A-T-IL UN HANDICAP, UN PROBLÈME DE SANTÉ (HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) OU DE COMPORTEMENT QUE NOUS DEVONS PRENDRE EN COMPTE DÈS L'INSCRIPTION ? (PRÉCISEZ DATES ET PRÉCAUTIONS À SUIVRE)

NON OUI : PRÉCISEZ :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

JE SOUSSIGNÉ(E)

RESPONSABLE LÉGAL(E) DE L'ENFANT

DÉCLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE ET AUTORISE LE RESPONSABLE DU

SÉJOUR À PRENDRE, LE CAS ÉCHÉANT, TOUTES MESURES (TRAITEMENT MÉDICAL, HOSPITALISATION,

INTERVENTION CHIRURGICALE, TRANSFUSIONS SANGUINES) RENDUES NÉCESSAIRES PAR L'ÉTAT DE

SANTÉ DE L'ENFANT.

DATE :

SIGNATURE

(PRÉCÉDÉE DE LA MENTION LU ET APPROUVÉ) :