

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 (INFORMATION OBLIGATOIRE) : | | | | | | | | | |

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE LA PAGE DTP UNIQUEMENT (OBLIGATOIRE)

NOM DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT : TÉL.

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

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SCARLATINE | <input type="checkbox"/> RUBÉOLE | <input type="checkbox"/> VARICELLE |
| <input type="checkbox"/> ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> OREILLONS | <input type="checkbox"/> COQUELUCHE |
| <input type="checkbox"/> OTITE | <input type="checkbox"/> ANGINES | <input type="checkbox"/> 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
(MERCÉ 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 113-115, AVENUE DE CHOISY - 75013 PARIS.

SANTÉ

Si votre enfant souffre d'allergies, merci de nous préciser le type d'allergie et la conduite à tenir afin de permettre le meilleur accueil de votre enfant :

MÉDICAMENTEUSE OUI NON **ALIMENTAIRE** OUI NON

AUTRES TYPES D'ALLERGIES :

PRÉCISEZ :

ASTHME OUI NON **SUIT-IL UN TRAITEMENT QUOTIDIEN ?** OUI NON

SI OUI, LEQUEL ?

PRÉCAUTION À PRENDRE :

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

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

SUIT-IL UN RÉGIME PARTICULIER ? OUI NON

SI OUI, PRÉCISEZ LEQUEL :

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE

IMPORTANT

VOTRE ENFANT A-T-IL UN HANDICAP OU UN PROBLÈME DE SANTÉ SÉRIELUX QUE NOUS DEVONS PRENDRE EN COMPTE DÈS L'INSCRIPTION ?

NON OUI : PRÉCISEZ :

Difficultés de santé ou de comportement

MERCI DE NOUS INDIQUER TOUTE INFORMATION NÉCESSAIRE AU BON DÉROULEMENT DU SÉJOUR DE VOTRE ENFANT AVEC LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE (TROUBLES DU COMPORTEMENT, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) :

.....

.....

.....

JE SOUSSIGNÉ

RESPONSABLE LÉGAL 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) :