

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

« CAMP SOLIDAIRE DU 11 AU 18 JUILLET 2009 »



1 - IDENTITE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

GARÇON FILLE

N° DE SECURITE SOCIALE:

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

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

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant votre séjour. Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

2 - VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Suivez-vous un **traitement médical** pendant le séjour ?

Avez-vous déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES.....

Indiquez ci-après

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rréducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 – PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM.....

PRÉNOM.....

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :

.....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE) :

.....

.....