

1 - Enfant

NOM :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Prénom

Cette fiche est confidentielle

Date de Naissance

Garçon

Fille

PELERINAGE A LOURDES DU 3 JUILLET AU 9 JUILLET 2016

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				HépatiteB	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polyomélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? **Oui** **Non**

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Allergies : Asthme Oui Non

Alimentaires Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Autres.....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

T. SVP ➔

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation,) en précisant les dates et **les précautions à prendre**

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

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...
Précisez.

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

5 – RESPONSABLE LEGAL DE L’ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse pendant le pèlerinage :
.....
.....

Tél (fixe et portable), du domicile : du bureau

Nom et tél du médecin traitant.....

N° de SECURITE SOCIALE et Centre de Sécurité sociale
.....

Je soussigné(e)..... 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) rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant. Le responsable du séjour pourra également sortir du service des urgences mon enfant si le médecin des urgences juge que son état de santé lui permet de retrouver son groupe.

Date :

Signature :

Fiche à retourner avec l’autorisation parentale au secrétariat : HOSPITALITE DU DIOCESE DE MEAUX

11 Bld Etienne Hardy 77610 FONTENAY TRESIGNY