

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche est confidentielle

Date et lieu du séjour : Pèlerinage Diocésain à Lourdes du 28 juin au 4 juillet 2020

Cette fiche permet de recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et pourra vous être rendue à la fin du séjour à votre demande.

I - ENFANT

NOM :

Prénom

Date de Naissance

Garçon

Fille

II- **VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
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.

III- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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	OTITES	ROUGEOLE	OREILLONS	ASTHME
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"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales, en précisant les dates et les précautions à prendre

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

/ /
/ /
/ /

Allergies : Alimentaires Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Autres.....

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

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

IV- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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 MOUILLE-T-IL SON LIT ? non **occasionnellement** **oui**

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non **oui**

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

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

V – 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 la Mutuelle (**joindre la photocopie**) :

N° de Sécurité sociale (**joindre la photocopie de l'attestation de la carte vitale**) :

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 :

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

Par le responsable du séjour