



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. **ENFANT** NOM : _____ PRÉNOM : _____
 SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : _____

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 : 3 pages (pages 65 à 67 sur les modèles de carnets récents).*

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHE

<i>Précisez s'il s'agit :</i> du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	RAPPELS		VACCINS PRATIQUÉS		DATES	
					/	/
					/	/
					/	/
					/	/
					/	/

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
1er VACCIN	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
REVACCINATION	/ /	1er RAPPEL	/ /		/ /
	/ /		/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,
 POURQUOI ?

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE		DATES	
			/	/
			/	/

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
<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"/> OUI
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
<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"/> OUI

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

Coordonnées et numéro de
téléphone du médecin traitant.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRÉNOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE TÉL.	DOMICILE	PORTABLE DE :	PORTABLE DE :	BUREAU
---------------	----------	---------------------	---------------------	--------

N° DE SECURITE SOCIALE

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Assurance / Mutuelle : joindre le numéro ou une photocopie de
l'attestation d'assurance responsabilité civile qui couvre l'enfant
et de l'attestation de mutuelle complémentaire des parents.

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés
sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions
chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

Signature :

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Cf convocation ou programme ci-joint.

Cachet de l'Organisme
(siège social)

COMITÉ REGIONAL F.F.C. de Bourgogne
14 rue Henri DUNANT
BP 90
71403 AUTUN Cedex



COMITE DE
BOURGOGNE
DECYCLISME



OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)