

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CNJ / DTN • février 2020 (Maj CDN 16/07/2023)



Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux utiles pendant le séjour ou l'accueil de l'enfant. Elle sera détruite en fin de séjour ou d'accueil. En cas de problèmes médicaux identifiés après l'établissement de cette fiche, le représentant légal devra en informer le responsable et établir une nouvelle fiche. Celle-ci peut être valable pour un séjour identifié pour un ensemble d'actions organisées par une structure fédérale.

I . ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa) :

GARÇON FILLE II . VACCINATIONS OBLIGATOIRES^{aa)}

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant, **pas de photocopies du carnet**).
Précisez s'il s'agit :

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES (jj/mm/aaaa)
Du DT polio		
Du Dt coq		
Du Tétracoq		
D'une prise polio Rappels		
ROR 1er vaccin		
ROR rappel		

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ POUR DES RAISONS MÉDICALES, PRÉCISER LA NATURE :

III . RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE				VARICELLE				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"/>

2. VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ASTHME ?

oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Si oui précisez les circonstances des crises et le traitement (joindre ordonnance)

3. VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL DE PATHOLOGIE CHRONIQUE OU AIGÜE EN COURS ?

oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Si oui précisez la / les pathologie(s) (joindre ordonnance)

4. VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL D'ALLERGIE ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez la / les allergie(s) (joindre ordonnance)



ALIMENTAIRE :

oui		non	
-----	--	-----	--

Nature :

MÉDICAMENTEUSE :

oui		non	
-----	--	-----	--

Nature :

LIÉE À L'ENVIRONNEMENT :

oui		non	
-----	--	-----	--

Nature :

5. VOTRE ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT QUI N'EST PAS EN RAPPORT AVEC LES POINTS 2-3-4 CI-DESSUS ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez la nature de celui-ci (joindre ordonnance)

6. VOTRE ENFANT A-T-IL DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX OU TOUTES AUTRES INFORMATIONS QUI AURAIENT DES RÉPERCUSSIONS SUR LE DÉROULEMENT DU SÉJOUR OU DE L'ACTIVITÉ ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez lesquels ?

RAPPEL SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE CORRESPONDANTE AUX MÉDICAMENTS.

IV . REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT À CONTACTER

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE PORTABLE :

Je soussigné, représentant 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE (jj/mm/aaaa) :

Vaut signature :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Adresse siège social

Tampon/logo de l'association

ARRIVÉE LE :

DÉPART LE :

SAISON SPORTIVE

Cochez la case "Saison sportive" dans le cadre de l'activité annuelle du club

--