

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – JEUNE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON : ☐

FILLE : ☐

Dates et lieu du séjour : **Camp des jeunes**
Rue Mgr Rodhain
65 100 LOURDES
du 19 au 22 février 2022

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du jeune :
A la fin du camp, elle sera détruite

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

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : Le vaccin Antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice) à nous remettre au départ.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et seul.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	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 ☐

Médicamenteuses : Oui ☐ Non ☐

Alimentaires Oui ☐ Non ☐

Autres.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR
(si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre jeune porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ETC...
Précisez.

.....

.....

.....

.....

Je soussigné,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, transport, hospitalisation,
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :