

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.

• INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT :

NOM : Prénom :

• INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS :

PERE : NOM : Prénom :

MERE : NOM : Prénom :

• RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

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

✓ **N° SECURITE SOCIALE :**

Numéro de Sécurité Sociale de l'enfant (rattachement) :

Centre Payeur :

✓ **N° MSA :**

✓ **N° Allocataire CAF :**

✓ **MEDECIN TRAITANT :**

Nom : Prénom : ☎ :

Adresse :

Votre enfant a t'il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	Varicelle	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	Angines	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	Otitites	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	Rougeole	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	Oreillons	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

Actuellement votre enfant suit-il un traitement : OUI NON

Si oui, lequel ?

Si votre enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

➤ **AUTRES RENSEIGNEMENTS** (maladie, accident, allergie, diabète, asthme...) :

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

✓ **VACCINATIONS** : *Joindre une photocopie du carnet de santé en cas de doutes*

ASSURANCES

Indiquer le contrat d'assurance souscrit pour l'enfant.....

Compagnie..... Contrat n°.....

Adresse..... Souscripteur du contrat.....

Date de déclaration.....

OBSERVATIONS

Par le médecin (qui indiquera son nom, adresse et numéro de téléphone)
.....
.....
.....

Par le responsable des accueils (qui indiquera son nom, adresse et numéro de téléphone)
.....
.....
.....
.....