**Imprimer et remplissez cette fiche**

**N’oubliez pas de coller une photo de votre enfant**

**REMETTRE LA FICHE ORIGINALE A UN MEMBRE DE L’ENCADREMENT DES PMS EST OBLIGATOIRE**

 Votre enfant prend le **bus à Paris**  : Vous remettez la fiche originale au départ du Bus.

 Votre enfant prend le **bateau** : Vous remettez la fiche originale au départ du Bateau

 Vous nous rejoignez **en Corse** : Vous remettez la fiche originale à l’arrivée au camping

**Facultatif : Pour vous sécuriser, vous pouvez scanner l’original au format PDF et envoyer la copie numérique par mail à**

delphine@petitesmainssymphoniques.com

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | **1 - ENFANT** NOM :PRÉNOM :DATE DE NAISSANCE :GARÇON    | FILLE   |

|  |
| --- |
| PHOTO  |

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

**Du 19/10/2019 au 27/10/2019 -**

**Adresse Résidence**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA DETRUITE À LA FIN DU SÉJOUR. LES VERSIONS NUMERIQUES EVENTUELLES SERONT SUPPRIMEES.

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **Oui**  | **Non**  | **DATES DES****DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie  |  |  |  | Hépatite B  |  |
| Tétanos  |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole  |  |
| Poliomyélite  |  |  |  | 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
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice)***

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | VARICELLE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | ANGINE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | SCARLATINE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 |
| COQUELUCHE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | OTITE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | ROUGEOLE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | OREILLONS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ALLERGIES :** | ASTHME          ALIMENTAIRES  |  |

**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 ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC…PRÉCISEZ.
..................................................................................................................................................................................................
..................................................................................................................................................................................................
..................................................................................................................................................................................................
..................................................................................................................................................................................................
..................................................................................................................................................................................................
..................................................................................................................................................................................................

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ... ...............................................................................................................................................................................................

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .... ...............................................................................................

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

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

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ………………………………………………. BUREAU : ………………………………………….........

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) ………………………………………….............................................................................

*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, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

*Date : Signature responsable légal :*