



# Club Nature - Eté 2019

## Dossier sanitaire de liaison

Ce dossier permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Il évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendu, sur demande, au terme de l'accueil.

semaine du 8 au 12 juillet 2019

semaine du 15 au 19 juillet 2019

pour la (ou les) journée(s) suivante(s) :

semaine du 22 au 26 juillet 2019



### ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

fille

garçon

### Téléphone(s) des personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

1 - M., Mm : ..... : / / / / /

2 - M., Mm : ..... : / / / / /

3 - M., Mm : ..... : / / / / /



### VACCINATIONS :

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

Vaccins obligatoires	oui	non	Date dernier rappel
Diphthérite			
Tétanos			
Poliomyélite			
ou DT polio			
ou Tétracoq			
B.C.G.			

Vaccins recommandés	oui	non	Date
Hépatite B			
Rubéole			
Coqueluche			
Autres (préciser)			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?

oui       non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Allergies				
Médicamenteuses	Asthme	Alimentaires	Autres	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

---



---



---



---

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

---



---



---



---

## RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

---



---



---

## RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse pendant le séjour :

---



---

Téléphone : ..... travail : .....

Téléphone : ..... portable : .....

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 (*précédée de la mention lu et approuvé*) :