

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SEGILOG : FACTURATION AUX FAMILLES

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS MUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC DES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

I. ENFANT : NOM : _____ PRENOM : _____
 SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : _____

II. VACCINATIONS : *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.)*
 ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
du DT polio		
du DT coq		
du Tétracoq		
d'une prise polio		
Hépatite B		
RAPPELS		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	
DATES	DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
1er VACCIN	VACCIN		
REVACCINATION	1er RAPPEL		

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ? _____

INJECTIONS DE SERUMS	NATURE	DATES

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	VARICELLE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ANGINES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	RHUMATISMES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	SCARLATINE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	OTITES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ASTHME <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	OREILLONS <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

GROUPE SANGUIN : _____ RHESUS : POSITIF NEGATIF

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

L'ENFANT MOUILLE -T-IL SON LIT ? NON OUI
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? NON OUI
 AUTORISATION DES PARENTS A LA BAIGNADE ET AUX EXCURSIONS ? NON OUI
 AUTORISATION DES PARENTS AUX SOINS D'URGENCE ? NON OUI

Toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, PRECISEZ LEQUEL :

TRAITEMENT :	DU	AU
TRAITEMENT :	DU	AU
TRAITEMENT :	DU	AU

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

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____
 ADRESSE : _____

TELEPHONE DOMICILE : _____ TELEPHONE BUREAU : _____
 NUMERO SECURITE SOCIALE : _____
 ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

MEDECIN TRAITANT : _____ TELEPHONE : _____

CENTRE DE SOINS : _____ TELEPHONE : _____

ASSURANCE : _____ N° POLICE : _____

MUTUELLE : _____ N° ADHERENT : _____

VI. OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR : (PRECISEZ LA DATE)

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

VII. PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____ QUALITE : _____ TELEPHONE : _____
 NOM : _____ QUALITE : _____ TELEPHONE : _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
 Date : _____ SIGNATURE : _____