

1- ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Garçon Fille

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : **-SERVICES PÉRISCOLAIRE- VACANCES-**
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 RENDU A LA FIN DU SÉJOUR

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 déjà eu les maladies suivantes

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLON OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON

MÉDICAMENTEUSES OUI NON
AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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 _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (pendant le séjour) _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

TEL FIXE _____ TEL BUREAU _____

TEL PORTABLE..... _____

MEDECIN TRAITANT..... _____ ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

TEL _____

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exact 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 :

NOTICE D'INSCRIPTION

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en considération

- 1. Fiche sanitaire dûment complétée recto verso**
- 2. Fiche de liaison dûment complétée recto verso**
- 3. Attestation CAF ou autre avec le montant du quotient familial**
- 4. Attestation d'assurance de responsabilité civile et scolaire**
- 5. Attestation de salaire annuelle délivrée par l'employeur pour les parents travaillant au Luxembourg**
- 6. La copie du carnet de santé de l'enfant page vaccinations**
- 7. L'ordonnance du jugement de divorce en cas de situation particulière**
- 8. Le coupon complété et signé du règlement intérieur joint**
- 9. Le PAI (Projet d'accueil individualisé)**