



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT : *Child*

NOM / *Surname* : _____

PRENOM / *First Name* : _____

DATE DE NAISSANCE / *Date of birth* : _____

GARCON / *Boy*

FILLE / *Girl*

DATES ET LIEU DE SEJOUR : _____ / _____ / 20____ au _____ / _____ / 20____ à/in _____

Date & location of the stay

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS MUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR

This form allows us to get the useful health information contained in your child's health record. It will be returned at the end of the stay.

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

Inoculations : Please refer to the child's health record and inoculations certificates

VACCINS OBLIGATOIRES <i>Mandatory inoculations</i>	Oui <i>Yes</i>	Non <i>No</i>	DATES DES DERNIERS RAPPELS <i>Date of latest renewals</i>	VACCINS RECOMMANDES <i>Recommended Inoculations</i>	DATES
Diphthérie / Diphtheria				Hépatite B / Hepatitis B	
Tétanos / Tetanus				Rubéole-Oreillons-Rougeole German measles-Mumps-Measles	
Poliomyélite / Poliomyelitis				Coqueluche / Whooping Cough	
Ou DT polio				Autres (préciser) / Others	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

If the mandatory inoculations have not been done, a medical certificate mentioning contraindications is needed.

Please note that the anti-tetanus inoculation does not have any contraindications

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Child's useful health information

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Does the child follow a medical treatment ?

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.

If so, join a recent medical prescription and the related medicines (medicines in genuine packaging, stamped with the child's name, with instructions).

Medicines will not be taken without prescription.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Has the child ever suffered from the following diseases ?

Rubéole German measles <input type="checkbox"/> OUI / Yes <input type="checkbox"/> NON / No	Varicelle Chicken Pox <input type="checkbox"/> OUI / Yes <input type="checkbox"/> NON / No	Angine Pharyngitis <input type="checkbox"/> OUI / Yes <input type="checkbox"/> NON / No	Rhumatisme articulaire Rheumatism <input type="checkbox"/> OUI / Yes <input type="checkbox"/> NON / No	Scarlatine Scarlet Fever <input type="checkbox"/> OUI / Yes <input type="checkbox"/> NON / No
Coqueluche Whooping Cough <input type="checkbox"/> OUI / Yes <input type="checkbox"/> NON / No	Otite Otitis <input type="checkbox"/> OUI / Yes <input type="checkbox"/> NON / No	Rougeole Measles <input type="checkbox"/> OUI / Yes <input type="checkbox"/> NON / No	Oreillons Mumps <input type="checkbox"/> OUI / Yes <input type="checkbox"/> NON / No	

ALLERGIES

ASTHME / Asthma

Oui/Yes Non/No

ALIMENTAIRES / Food All.

Oui/Yes Non/No

MEDICAMENTEUSES / Medicines All.

Oui/Yes Non/No

AUTRES/Others

Oui/Yes Non/No

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

Please explain the cause of the allergy and what to do to prevent it (if auto-medication, let us know)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Indicate :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

Health problems (Disease, accident, convulsive crisis, hospitalization, surgery operation). Please mention dates and precautions.

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

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Special recommendations

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTARES, ETC..., PRECISEZ

Does your child wear lenses, glasses, auditive prosthesis, dental prosthesis, etc...

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

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Child's Representative

NOM / Surname : PRENOM / Firstname.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

Address (During the stay).....

.....
.....

TEL. FIXE (ou PORTABLE) DOMICILE : BUREAU :

Home Phone # (Landline or Mobile)

Office phone #

NOM ET TEL. DU MEDECIN 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.

I, undersigned,, legal representative of the child, attest that the information supplied within this form is correct and also allow the person responsible of the stay to take action (medical treatment, hospitalization, surgery) if needed for the safety of the child.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
To be filled in by the person responsible of the stay, for the attention of the family

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
Details and address of the person responsible of the stay or the center/school

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

OBSERVATIONS

Comments

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