

Fiche Sanitaire de liaison

1 - Le participant

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

La présente fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant l'évènement. Elle évite de vous munir de votre carnet de santé. Elle sera détruite à la fin du week-end.

2 - Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI LE PARTICIPANT 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 le participant

Le participant suit-il un traitement médical pendant le week-end pré-synode ? 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)

A titre indicatif : LE PARTICIPANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES

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...)

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

4 - Responsable du participant

NOM Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tel : __ / __ / __ / __ / __ Mobile : __ / __ / __ / __ / __

Email : @

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif)

.....

Je, soussigné, responsable légal du participant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du participant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :