



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021-22

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon :

Fille :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

La fourniture de ces données vaut accord explicite de votre part pour que nous les conservions à cet usage le temps nécessaire et les communiquions au personnel d'encadrement ou, en cas de besoin, au personnel médical. Nous nous engageons à ne pas transmettre ces données à des tiers sans votre accord. Dans le cadre du Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit ou obtenir communication des informations vous concernant que nous conservons, adressez-vous à l'aumônerie d'Issy-les-Moulineaux.

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

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

Allergies:

ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES..... Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

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

En cas de régime alimentaire particulier, précisez :

.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

.....
.....

3 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : portable : travail :

Père : domicile : portable : travail :

Je soussigné(e), 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant : Nom:..... Tél :

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Date :

Signature: