

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## SEGILOG : FACTURATION AUX FAMILLES

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILISES 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
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	
du DT polio			
du DT coq			
du Tétracoq			
d'une prise polio Hépatite B			

### RAPPELS

1er VACCIN	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
RE Vaccination					

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

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

\_\_\_\_\_

GRUPE 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 : \_\_\_\_\_

CENTRE DE SOINS : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

ASSURANCE : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

MUTUELLE : \_\_\_\_\_ N° POLICE : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_