

FICHE SANITAIRE DE LIAISON EVAL Voyages (Health Record)

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

I. ENFANT

NOM : _____

Name

SEXE : Masculin Féminin

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : / / .

SEJOUR :

du au / /20 .

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

II. VACCINATIONS

ANTIPOLIOMYELITIQUE – ANTIDIPHTERIQUE – ANTITETANIQUES – ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit : Du DT polio Du DT coq (<i>whooping cough</i>) Du Tétracoq RAPPELS Hépatite B	VACCINS PRATIQUES	DATES

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	
1 ^{er} vaccin	/ /		/ /	/ /
Rappel	/ /		/ /	/ /

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? *If the child is not vaccinated, why?*

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
		/ /
		/ /

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : *Is the child had already the following diseases:*

RUBEOLE (Rubella)			VARICELLE (Chicken Pox)			ANGINES (Angina)			RHUMATISMES (Rheumatisms)			SCARLATINE (Scarlet fever)		
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
COQUELUCHE (Whooping cough)			OTITES (Otitis)			ASTHME (Asthma)			ROUGEOLE (Measles)			OREILLONS (Mumps)		
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI

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

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? *Is the child following a treatment?*

Non Oui

Si oui, lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

L'enfant mouille-t-il son lit ? Non Occasionnellement Oui

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Non Oui

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

I undersigned, responsible for the child, declare exact the information concerned this form and authorize the person in charge of the stay to take, if necessary, all the measures (medical treatments, hospitalizations, surgical operations) made necessary by the state of the child.

Date et signature :