

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

A remettre sous enveloppe cachetée portant le nom et le prénom de la personne

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

Sexe Masculin féminin

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE LA PERSONNE CONCERNEE. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI LA PERSONNE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LA PERSONNE

Suit-elle un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de la personne avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

LA PERSONNE A-T-ELLE DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	OUI	NON
RUBÉOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OTITE		
ROUGEOLE		
OREILLONS		

ALLERGIES :

ASTHME		
MÉDICAMENTEUSES		
ALIMENTAIRES		
AUTRES		

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LA NATURE DE LA (OU DES)° DEFICIENCE (S) ASSOCIEES

.....

.....

.....

.....

.....
.....
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.
.....
.....
.....
.....

.....
RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES de la personne ou tout autre élément médical considéré par les responsables légaux comme susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour, l'autorisation d'hospitaliser.
.....
.....
.....
.....

.....
LA PERSONNE PORTE-T-ELLE DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ LES PRECAUTIONS SPECIFIQUES A PRENDRE.
.....
.....
.....

.....
RESPONSABLE DE LA PERSONNE

NOM.....

PRÉNOM.....

Adresse pendant le séjour.....
.....
.....

.....
TÉL DOMICILE : BUREAU

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT).....

Je soussigné,responsable légal de 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 son état.

Date : Signature :

