

Mini- Camp MEJ35 à Derval 2024

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - JEUNE
	NOM :
	PRÉNOM :
	DATE DE NAISSANCE :
GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : **du 20 au 22 août 2024 à Derval**

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

2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Joindre une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé, à savoir celles des **vaccins obligatoires** : **antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique (DTP)**.

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Le jeune suit-il 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 du jeune avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

LE JEUNE A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

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) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.
ENURESIE EVENTUELLE.

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

5 – COMPLEMENTS :

GROUPE SANGUIN (si connu) :

POIDS (en kg) : Taille : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

6 - RESPONSABLE DU JEUNE

NOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

.....

.....

TÉL.1 : TÉL 2 : TÉL 3 :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT
(FACULTATIF)

Je soussigné 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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR :

MEJ 35
45 rue de Brest
35000 RENNES

OBSERVATIONS

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