

Service de la Jeunesse et des Sports
BP. 67 – Papeete - TAHITI
N° TAHITI 003236
Tél. : (689) 50 18 88 – Fax. : (689) 42 14 66

Service d'hygiène scolaire

ORGANISATEUR du centre de vacances et de loisirs :

LIEU DU SEJOUR de vacances :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utilisés pendant le séjour de l'enfant

Validité de la fiche sanitaire de liaison : 1 ANNEE

NOM de l'enfant : _____
Date de naissance : _____
Ecole : _____

Prénom de l'enfant : _____
Sexe : Masculin Féminin
Classe : _____

CADRE RESERVE AU MEDECIN :

Cachet – signature
Date :

1. Aptitude aux activités physiques : oui non
2. Aptitude aux activités nautiques : oui non
3. Les vaccins obligatoires sont : à jour non à jour

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT – à remplir par les parents ou le responsable

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

- Asthme R.A.A. Epilepsie (ou autre malaise)
avec risque de perte de connaissance
- Otite moyenne chronique
- Handicap physique (gênant ses activités, son autonomie et / ou nécessitant un appareillage)
- Handicap mental (nécessitant un soutien, ou une rééducation spécialisée)
- Un trouble du caractère et / ou des difficultés d'adaptation (à l'école – ou à la maison) nécessitant un soutien régulier avec un psychologue scolaire, un pédopsychiatre, un orthophoniste, un psychomotricien....
- ALLERGIE si oui – la connaissez-vous ?
Précisez :
- Porte-t-il des lunettes de vue ? Oui Non

A-t-il été malade récemment ? Oui Non

Précisez :

A-t-il été opéré ? Oui Non

Précisez : Date :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV- IL UN TRAITEMENT ? Oui Non

Si OUI, précisez en détail le traitement en cours, selon les dernières recommandations du médecin (sans oublier les médicaments prescrits et la copie de l'ordonnance).

Quel est son médecin ou son dispensaire habituel ?

NOM : _____ Lieu d'exercice : _____ N° téléphone : _____

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ Lieu d'exercice : _____ N° téléphone : _____

Réponses facultatives :

- L'enfant mouille-t-il son lit : Oui Non Occasionnellement
- S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non
- L'enfant a-t-il d'autres problèmes de santé ? Oui Non
Si oui, précisez :
- L'enfant sait-il nager ? Oui Non

Avez-vous des recommandations particulières à signaler :

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

Date :

Signature parents ou responsable :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR :

Lieu du séjour :

Lieu du séjour

Date d'arrivée : _____

Date d'arrivée : _____

Date de départ : _____

Date de départ : _____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR :

Par le médecin : _____

Par le responsable : _____

(Indiquer les nom, adresse, téléphone du médecin et/ou du responsable qui portent les observations)