

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

A renvoyer par **courrier ou e-mail** à :  
VERDIÉ Hello – 26 avenue de Bourran – 12000 RODEZ  
Tél : 05 65 77 10 47 / Fax : 05 65 76 01 04 / contact@verdiehello.com

LIEU DU SEJOUR :

DATES :



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).

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

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

POIDS : .....

TAILLE : .....

POINTURE : .....

L'enfant 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 de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI 5 NON 5	VARICELLE OUI 5 NON 5	ANGINE OUI 5 NON 5	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI 5 NON 5	SCARLATINE OUI 5 NON 5
COQUELUCHE OUI 5 NON 5	OTITE OUI 5 NON 5	ROUGEOLE OUI 5 NON 5	OREILLONS OUI 5 NON 5	APPENDICITE OUI 5 NON 5

ALLERGIES : ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES.....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L' ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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

A-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?

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

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE + TELEPHONE (OBLIGATOIRE) : ,.....

.....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Toutes ces informations demeurent confidentielles. Toute information connue au moment de l'inscription, qui ne nous aurait pas été communiquée et qui aurait des implications négatives pendant le séjour peut engendrer le renvoi du participant à ses frais.

Je soussigné(e)....., représentant légal de l'enfant inscrit, déclare exacts les renseignements ci-dessus et certifie n'avoir omis aucune information importante. Je m'engage à vous signaler tout changement dans ces informations. Je certifie avoir reçu le catalogue et avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente. J'autorise l'enfant à participer à ce séjour et à toutes les activités au programme de ce séjour.

J'autorise VERDIE Séjours Linguistiques & Culturels, les accompagnateurs et les responsables locaux à prendre toute décision urgente (traitement médical, hospitalisation, transfusion, intervention chirurgicale) que pourrait nécessiter l'état de santé de mon enfant.

Je m'engage à régler, dans les meilleurs délais, les frais imprévus (consultations et produits pharmaceutiques, dégâts matériels, communications téléphoniques, renvoi disciplinaire,...).

Fait à..... Le.....

Signature