

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Lieu de séjour : VILLA UHAINA – 24 RUE DU HAMEAU – 64200 BIARRITZ

Dates du séjour : **du**/...../..... **au**/...../.....

NOM de l'enfant :	PRENOM :	SEXE	NÉ LE :	AGE :
-------------------	----------	------	---------	-------

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'enfant suit-il un **traitement médical**?

oui ☐ non ☐

SI oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

MEDICAMENTEUSE oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES

Préciser la **CAUSE** de l'allergie et la **CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler)

.....

INDIQUER CI-APRES LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC. PRECISER

.....

R E G I M E A L I M E N T A I R E P A R T I C U L I E R : végétarien, pas de fromage...).

PRECISER:

MEDECIN TRAITANT

NOM	PRENOM	Ville	Téléphone

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM	PRENOM	Téléphone mobile	Téléphone domicile	Autre numéro

Fiche sanitaire de liaison à renvoyer par mail à : gregory.stephant@gmail.com