



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... ÂGE :

SEXE : FÉMININ MASCULIN



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant le suivi sanitaire de votre enfant durant toute la durée du mini-camp.

1 - VACCINATION :

VACCINATION RECOMMANDÉE	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL
DTPa (Diphtérie/Tétanos/Pertussis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib (Haemophilus influenzae de type b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IPV (Poliomyélite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HBV (Hépatite B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCV (Pneumocoques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ROR (Rougeole/Oreillons/Rubéole)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COVID 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2 – RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ENFANT :

Poids : Kg Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Votre enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, merci de 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 administré sans ordonnance.**

Votre enfant présente-t-il un problème de santé, de comportement ou un handicap ?

.....

3 - ALLERGIES :

TYPE D'ALLERGIE	OUI	NON	PRÉCISEZ SVP
ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MÉDICAMENTEUSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AUTRES (animaux/pollen/acariens...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles de contact, d'appareil dentaire ou auditif, difficulté de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....
.....

5 – RESPONSABLES DE L'ENFANT :

PARENT 1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TÉL PORTABLE : TÉL BUREAU :

PARENT 2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TÉL PORTABLE : TÉL BUREAU :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM : PRÉNOM :

TÉLÉPHONE :

J'autorise l'équipe d'Adventure Camp à prendre mon enfant en photo et les utiliser conformément à l'article « Photographies - Droit à l'image » consultable à l'adresse suivante : www.adventure-camp.ch/projet-pédagogique

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure rendues nécessaires selon l'état de santé de mon enfant.

DATE :/...../.....

SIGNATURE :