FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANGLOPHILES ACADEMIC
LANGUAGE · EDUCATION · TRAVEL

Merci de remplir cette fiche avec soin et précision et de la joindre à la fiche d'inscription de votre enfant.

PRENOM DE L'ENFANT: .....

NOM DE FAMILLE: .....

DATE DE NAISSANCE: .....

SEXE: F ☐ M ☐

SEJOUR CHOISI: .....

DATES DU SEJOUR: .....

VACCINATIONS (voir carnet de santé)

En cas de contre-indications, fournir un certificat médical

	TYPE DE VACCIN	DATE DE VACCINATION	DATE DU 1ER RAPPEL	DATE DU DERNIER RAPPEL	OBSERVATIONS
	BCG				
	ANTIVARIOLIQUE				
	DT POLIO OU POLIO				
	DT COQ OU TETRACOQ				
	ROR/ PRIORIX				
AUTRES VACCINS	HEPATITE B				
	HEPATITE A				

Si l'enfant n'est pas vacciné, merci d'en préciser la raison: .....

MALADIES - ALLERGIES

Votre enfant a-t'il déjà eu:

	OUI	NON		OUI	NON
Varicelle	☐	☐	Oreillons	☐	☐
Coqueluche	☐	☐	Scarlatine	☐	☐
Angines	☐	☐	Rougeole	☐	☐
Otites	☐	☐	Fréquence:		
Asthme	☐	☐	Fréquence:		
Rhumatismes	☐	☐	Localisation:		
Douleurs articulaires régulières	☐	☐	Localisation:		
Malaises	☐	☐	Détailler:		
Allergies aux médicaments	☐	☐	Lesquels:		
Allergies alimentaires	☐	☐	Lesquelles:		
Autres allergies	☐	☐	Lesquelles:		
Régime alimentaire	☐	☐	Lequel:		

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement médical? Lequel .....

Si l'enfant doit subir un traitement pendant son séjour, ne pas oublier de joindre l'ordonnance aux médicaments.

Veuillez indiquer sur page séparée et avec le plus de détails possible, toute autre difficulté de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, énurésie...).

RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR L'ENFANT

	OUI	NON	
Porte t-il des lunettes?	☐	☐	Fréquence: .....
Porte-t-il des verres de contact?	☐	☐	Fréquence: .....
Porte-t-il un appareil dentaire?	☐	☐	Fréquence: .....
Mouille-t-il son lit? *	☐	☐	Fréquence: .....

* Si oui, remettre **obligatoirement** une alaise et des protections à votre enfant. Notre assurance ne couvre en aucun cas les dégats occasionnés

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée? ☐ ☐

MEDECIN TRAITANT

NOM: ..... TELEPHONE: .....

ADRESSE: .....

DETAILS D'EVENTUELS PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES / DE COMPORTEMENT OU RECOMMANDATIONS

.....

.....

.....

Engagement : Je soussigné (e), responsable, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures jugées utiles en cas d'urgence (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

En cas de refus, Anglophiles Academic est dégagé de toute responsabilité.

Signature du ou des responsables de l'enfant:	Nom du responsable de l'enfant:	Date:

ANGLOPHILES · ANGLOPHILES · ANGLOPHILES · ANGLOPHILES · ANGLOPHILES · ANGLOPHILES · ANGLOPHILES