MINISTERE DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

Service de la jeunesse et des sports
B.P 67 – 98713 Papeete – TAHITI
Tél. : (689) 50 18 88 - Fax. : (689) 42 14 66
Email : secretariat@jeunesse.gov.pf
Site : www.sjs.gov.pf

GOUVERNEMENT
DE LA
POLYNESIE FRANCAISE

Centre de consultation spécialisé
d'hygiène et de santé scolaire
Centre de la mère et de l'enfant
Hamuta – Pirae. Tél. : (689) 50 91 91
BP : 1740 – 98713 Papeete - TAHITI

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ORGANISATEUR du centre de vacances et de loisirs : ……..

DATE ET LIEU DU SEJOUR de vacances : ……

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 : UNE ANNEE

NOM de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____
Date de naissance : _____ Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐
Ecole : _____ Classe : _____

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

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou s'adresser au centre de consultation spécialisé d'hygiène et de santé Scolaire du Centre de la mère et de l'enfant de Hamuta à Pirae)

Les vaccins obligatoires sont : ☐ **à jour** ☐ **non à jour**

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** ☐ **Diabète**

☐ **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…….

☐ **ALLERGIES** (alimentaires, médicamenteuses, autres)
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 :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-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)