

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR

NOM DU SEJOUR : _____ du _____ au _____

ENFANT / NOM : _____ PRENOM : _____

Sexe : F M Date de naissance : / ____ / ____ / ____

RESPONSABLE n° 1 DU MINEUR

Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> représentant légal <input type="checkbox"/>	NOM Prénom
--	------------------------

Adresse :

☎ Domicile ____/____/____/____/____) Portable1 ____/____/____/____/____ / ☎ Travail ____/____/____/____/____

RESPONSABLE n° 2 DU MINEUR

Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> représentant légal <input type="checkbox"/>	NOM Prénom
--	------------------------

Adresse :

☎ Domicile ____/____/____/____/____) Portable1 ____/____/____/____/____ / ☎ Travail ____/____/____/____/____

IMPORTANT

► En cas d'urgence pendant le séjour, merci de nous indiquer comment nous pouvons vous joindre, **24/24h et 7j/7**

☎ fixe : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ☎ portable : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom et tél. du médecin traitant

OBSERVATIONS (merci de remplir soigneusement cette rubrique)

C.M.U (Couverture Maladie Universelle) oui non (Pour les bénéficiaires de la C.M.U fournir **impérativement** la photocopie de l'attestation C.M.U)

Noter ici toutes les indications que vous jugez utiles (comportement de l'enfant, recommandations particulières, régime alimentaire...)

.....

.....

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

D'ordre médical (port de lentilles, de lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.)

.....

.....

.....

.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Renseignements concernant le mineur

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

→ VACCINATIONS

A remplir à partir du carnet de santé (en aucun cas, vous ne devez nous remettre le carnet de santé)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates	Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Diphtérie				Hépatite B		
Tétanos				Rubéole-Oreillons-		
Poliomyélite				Coqueluche		
				Pneumocoque		
				BCG		
				Haemophilus		
				Autres (préciser)		

→ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui joindre une photocopie d'une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice remis au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : Asthme oui non Médicamenteuses oui non
Alimentaires oui non Autres

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non parfois Si c'est une fille, est-elle réglée ? oui non

L'enfant fait-il de l'asthme à l'effort ? oui non

DIFFICULTES DE SANTE (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) Préciser les dates et les précautions à prendre.

AUTORISATIONS

Je soussigné.e (nom, prénom du responsable).....

Autorise (nom, prénom du mineur).....

- ① A pratiquer toutes les activités sportives organisées durant le séjour
- ② Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé du mineur.

Si vous ne pouvez pas venir chercher votre enfant au retour du séjour, merci de nous fournir une attestation signée de votre main en nous mentionnant les modalités de retour du jeune (retour seul ou nom des personnes qui le prendront en charge).

Fait à Le
(Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé »)

Signature

A REMPLIR PAR LE DIRCTEUR

Observations ou soins donnés pendant le séjour :