

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ à _____

Dates et Lieu du séjour

Du ____/____/____ au ____/____/____

Lieu : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

3 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq					
				Autres (préciser)	

Si L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

4 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui 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 pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RUHMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME : OUI NON

MEDICAMENTEUSES : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON

Autres : _____

PARACETAMOL : OUI NON

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Activités : Existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ? Si oui, lesquelles ?

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... **PRÉCISEZ.**

et tous les renseignements qui pourraient être utiles à l'équipe d'encadrement (« pipis au lit », problèmes particuliers, familiaux et autres...) :

MERCI DE FAIRE UN TRAITEMENT PREVENTIF ANTI POUX ET DE METTRE UN SHAMPOING DANS LA VALISE

6 – RESPONSABLE DE L'ENFANT : Père – Mère – Tuteur (rayer les mentions inutiles)

Nom : Prénom :
Adresse :
N° de téléphone en cas d'urgence : Tél Domicile :/...../....., Portable :/...../.....
Tél Travail :/...../....., Autre :/...../.....

Si placement (Foyer ou famille d'accueil, assistante maternelle) :

Nom de l'établissement : **Adresse :**
Nom et prénom de la personne référente pendant le séjour :
Tél :/...../..... Portable :/...../.....
Famille ou assistante maternelle : Nom et prénom :
Adresse :
Tél Domicile :/...../....., Portable :/...../....., Tél Travail :/...../....., Autre :/...../.....

7 – REGIME SOCIAL : Sécurité sociale. – M.S.A. – Autre (Précisez).....

N° d'assuré social :

Prise en charge CMU : oui – non (si oui : joindre la photocopie de l'attestation de prise en charge)

8 – AUTORISATION PARENTALE (A remplir obligatoirement !)

Je soussigné(e),.....**responsable légal de l'enfant**, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

- autorise - mon fils – ma fille – à pratiquer les activités organisées par le centre de vacances, dans les conditions définies dans la fiche descriptive du séjour et dont nous avons pris connaissance.
- autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.
- M'engage à prendre à ma charge les suppléments dus à un retour individuel de mon enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.
- Autorise l'équipe d'encadrement et le C.C.H.M à prendre en photo ou filmer - mon fils – ma fille : **OUI - NON**
- Autorise le Centre Culturel Haut-Marnais, organisateur du dit séjour, à utiliser ces photos pour toutes les publications nationales et régionales du C.C.H.M. sans limitation de durée : **OUI - NON**

Date :/...../.....

Signature Obligatoire des parents ou du responsable légal :