



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1- ENFANT

Merci de bien vouloir remplir le dossier en lettres capitales, pour des raisons de lisibilité.

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Âge : ..... Sexe : M  F

N° de Sécurité sociale du parent (obligatoire) : .....

Lieu d'accueil GB  VA  DER  LIEZ  LOUVEMONT  Séjour du ..... au .....

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

<u>Vaccins obligatoires</u>	<u>oui</u>	<u>non</u>	<u>Dates des derniers rappels</u>	<u>Vaccins recommandés</u>	<u>oui</u>	<u>non</u>	<u>Dates</u>
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				BCG			
Ou Tétracoq				Autres (préciser)			

N.B : copies des vaccins à joindre obligatoirement à la fiche sanitaire.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suivra-t-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 à apporter le jour du départ). Aucun médicament ne pourra être administré par l'équipe pédagogique sans ordonnance.

Veillez cocher les maladies que l'enfant a déjà eu :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE	ROUGEOLE	OTITES	OREILLONS	COQUELUCHE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ALLERGIES :

ASTHME  OUI  NON MÉDICAMENTEUSE  OUI  NON

ALIMENTAIRES  OUI  NON AUTRES .....

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

.....

.....

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (malade, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....

## 4 - RÉGIME ALIMENTAIRE (précisez) : .....

.....  
.....

## 5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant est-il énéurétique, mouille-t-il son couchage ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> régulièrement
Votre enfant porte-t-il des lunettes/lentilles ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> occasionnellement / repos	<input type="checkbox"/> constamment
Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> occasionnellement / repos	<input type="checkbox"/> constamment
Votre enfant porte-t-il une prothèse auditive ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> occasionnellement / repos	<input type="checkbox"/> constamment
Votre fille est-elle réglée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Si oui, prend-elle une pilule contraceptive ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		

## 6 - RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. fixe domicile : ..... Tél. travail : .....  
Portable perso : ..... E-mail perso : .....  
Tél. où vous joindre 24h/24 : .....  
Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) : .....  
Autre personne à prévenir en cas d'urgence : .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, test relatif à la Covid-19) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à fournir la fiche originale et à réactualiser les informations portées sur cette fiche si nécessaire par mail ou par courrier.

Date : ..... Signature :

## 7 - AUTORISATION PARENTALE

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**
- Autorise le CCHM à utiliser les photos prises dans le cadre de ses activités sur les réseaux sociaux. (Facebook, Instagram) **OUI - NON**

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

Signature des parents ou du responsable légal :