

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORT

Code de l'action sociale et des familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1/ENFANT	
	Nom et prénom	
	Date de naissance	
	N° CAF.....	
	N° d'assurance scolaire ou responsabilité civile.....	
	Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>

Organisme.....

Garçon

Fille

2/ VACCINATIONS

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Dt polio					
Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médicale contre-indication.

Attention :le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3/ 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 (boites 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 ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Autre
Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	

ALLERGIES : **Asthme** oui/non **Alimentaires** oui / non **Médicamenteuses** oui / non

Autres.....

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

.....
INDIQUEZ-CI-APRES:

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

.....
.....

4/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS.

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, dentaires, etc... Précisez:

.....
.....
.....

5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et Prénom.....

Adresse.....

Tel fixe et **PORTABLE**

Nom et téléphone du médecin traitant.....

Je soussigné..... responsable légal 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*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

6/ DIVERS

J'autorise que mon enfant soit filmé/photographié dans le cadre de ces activités. Si je refuse, je le signale par écrit au responsable du service.

J'autorise que mon enfant soit transporté en minibus ou autocar.

J'autorise que mon enfant ait le droit de partir seul en fin d'activité.

Je note que la prise en charge des enfants par l'encadrement compétent n'est effective que durant les horaires de l'activité. **En dehors de celles-ci, les participants sont sous l'entière responsabilité des parents ou tuteurs légaux.**

Nous déclinons toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels lors des activités proposées et conseillons aux participants d'éviter le port de vêtements, bijoux ou sacs couteux ainsi que baladeur et téléphone portable ou autres accessoires.

J'autorise la direction à consulter notre dossier CAFPRO afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières.

Vu le	Vu le	Vu le	Vu le	Vu le
Signature:	Signature:	Signature:	Signature:	Signature: