

5

Fiche sanitaire de liaison

(insérer tous les documents utiles dans cette pochette)

Nom du séjour : _____ Dates du séjour : du _____ au _____

l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : N° _____ Rue _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : / / / Age : _____ M F

Poids : _____

Photo
(obligatoire SVP)

les vaccinations

Votre enfant est-il à jour de sa vaccination obligatoire DT POLIO (**joindre impérativement les photocopies des pages du carnet de santé de votre enfant**) : oui non

Autres vaccinations (à préciser) : _____

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication aux vaccins et d'autorisation à participer à un séjour en collectivité.

les maladies

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole oui non

Varicelle oui non

Angine oui non

Rhumatismes oui non

Scarlatine oui non

Coqueluche oui non

Otite oui non

Rougeole oui non

Oreillons oui non

Informations médicales

Votre enfant est-il sujet aux :

Angines oui non

Asthme oui non

Rhumatismes oui non

Allergies oui non Si oui lesquelles _____

Autres _____

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, lequel ? _____

Joindre OBLIGATOIREMENT 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

> Voir suite au dos...

la santé

Indiquez **ses difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) en indiquant les dates et **les précautions à prendre** : _____

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc. (précisez) : _____

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui non S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non

Suit-il un régime alimentaire ? oui non Si oui, lequel ? _____

(Joindre OBLIGATOIREMENT un certificat médical)

Recommandations des parents (le caractère, le sommeil ou tout autre information utile sur votre enfant) : _____

Nom et coordonnées du Médecin traitant : _____

le responsable de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____

_____ N° de Sécurité Sociale : _____

Assurance responsabilité civile : Compagnie : _____

Contrat N° : _____ Agence : _____

Il est impératif de joindre une copie de l'attestation de prise en charge en cours de validité de l'organisme concerné - SS, MSA : oui non Bénéficiez-vous de la CMU ? (Couverture Médicale Universelle) : oui non (Joindre attestation en cours de validité)

Personne à contacter : _____

Numéro de téléphone à joindre pendant le séjour : Fixe : _____

Portable : _____ e-mail : _____

autorité parentale

Je soussigné(e) _____, responsable de l'enfant _____, atteste que mon enfant est apte à la pratique des activités prévues au programme du séjour, déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant précité.

Fait à _____, le _____

Signature