MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1-ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

2- VACCINATIONS : Joindre une photocopie des vaccins du carnet de santé (p.98 à 101).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRESENTE 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 leurs emballage d'origine **marquées au nom de l'enfant** avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être accepté sans ordonnance, même ceux obtenus sans prescription médicale.

L'ENFANT A-T-IL DEJA 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	ASTHME
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑

Régime alimentaire pour raisons diverses (conviction, religion, etc.) à préciser :

……

Intolérance(s) alimentaire(s) à préciser :

……

Allergie(s) alimentaire(s) à préciser :

……

Allergie(s) médicamenteuse(s) à préciser :

……

Autre(s) allergie(s) à préciser :

……

MERCI DE NOUS INDIQUER SI UN PAI EST APPLIQUÉ ET DE NOUS LE FAIRE PARVENIR.

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET **LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE**.

……

……

……

4 – COMPORTEMENT DE L'ENFANT ET SITUATION FAMILIALE :

PROBLEME DE COMPORTEMENT, TROUBLE DU COMPORTEMENT, TROUBLE PSYCHIQUE… (Ex : Suivi par un psychologue, hyperactivité, hypersensibilité, dyslexie, dyspraxie, dysphasie…)

……

……

SITUATION FAMILIAL DE L'ENFANT (séparation et/ou vie familial difficile, parent(s) avec interdiction d'entrer en contact etc.)

……

……

5 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC… PRECISEZ.

……

……

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui ❑ non ❑

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? oui ❑ non ❑

L'ENFANT EST-IL FUMEUR ? oui ❑ non ❑

J'AUTORISE MON ENFANT FUMEUR A FUMER AU CPA ? oui ❑ non ❑

6 - RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) :

_____

_____

TÉL. FIXE ET/OU PORTABLE) : _____ BUREAU : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BENEFICIE-T-IL :

❑ DE LA CMU

❑ D'UNE PRISE EN CHARGE S.S A 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature :

PS : Si vous ne pouvez pas venir chercher votre enfant à la fin de son séjour, nous vous invitons à remplir « l'autorisation pour récupérer mon enfant » en bas de page de la fiche de renseignement complémentaire.