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 ❑

TAILLES DE L'ENFANT : ..... POIDS DE L'ENFANT : .....

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 emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

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

RUBÉOLE OUI ❑ NON ❑	VARICELLE OUI ❑ NON ❑	ANGINE OUI ❑ NON ❑	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI ❑ NON ❑	SCARLATINE OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE OUI ❑ NON ❑	OTITE OUI ❑ NON ❑	ROUGEOLE OUI ❑ NON ❑	OREILLONS OUI ❑ NON ❑	ASTHME OUI ❑ NON ❑

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

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 familiale 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(e),..... 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.