

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017

le / / Objet : Accueil jeunes
 Camp

1. JEUNE :

Nom : Date de naissance : / /
 Prénom : Sexe : M F
 Adresse :
 Code Postal/Commune :
 N° téléphone du jeune : Mail du jeune :
 N° allocataire CAF : Quotient Familial :

INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES :

- La structure est-elle autorisée à utiliser les images du jeune pour son site internet et les réseaux sociaux ?
 OUI NON
- La structure est-elle autorisée à utiliser les images du jeune SAUF sur internet ?
 OUI NON
- Votre enfant sait-il nager ? OUI NON

2. RESPONSABLE(S) DU JEUNE :

PERE / TUTEUR

Nom :
 Prénom :
 Adresse (*):
 CP/Commune :
 Tél fixe domicile :
 Portable :
 Bureau :
 Mail :

(*) Pendant le séjour / Si différente de celle du jeune

MERE / TUTRICE

Nom :
 Prénom :
 Adresse (*):
 CP/Commune :
 Tél fixe domicile :
 Portable :
 Bureau :
 Mail :

(*) Pendant le séjour / Si différente de celle du jeune

Nom et N° tél du médecin traitant (facultatif) :

Personne(s) autorisées(s) à récupérer le jeune en fin de journée (Nom/Prénom/n° tél) :

3. VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) Sinon mettre une photocopie du carnet de santé...

Vaccinations obligatoires	NOM	Dates des derniers rappels	Vaccinations recommandées	NOM	Dates des derniers rappels
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole- Oreillons- Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio Autres (préciser)					
ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

4. 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
(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.

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

VARICELLE OUI NON
ANGINE OUI NON
RUBÉOLE OUI NON
SCARLATINE OUI NON

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI NON
COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS
 OUI NON

ALLERGIES : ASTHME OUI NON
MÉDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON

AUTRES :

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

5. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

REPAS SPECIAUX : SANS PORC VEGETARIEN SANS VIANDES AUTRES :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... (Précisez)

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.

Date :

Signature :