

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SEJOUR 2024

1- JEUNES

- Masculin**
- Féminin**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE :

Photo Obligatoire

Accueil de loisirs fréquenté:...../LETTRE QF.....

Souhaitez-vous que vos bons VACAF soit utilisé pour ce séjour ? Oui non . Si oui merci de renseigner votre numéro CAF.....(obligatoire)

2- PARENTS

NOM / PRÉNOM DU PÈRE :

..... TEL :

NOM / PRÉNOM DE LA MÈRE :

..... TEL :

SITUATION FAMILIALE :

NOM DE L'ASSURANCE : Numéro de contrat :

3- COORDONNÉES DU REPRESETANT LEGALE

ADRESSE DU DOMICILE DU RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :

.....

TEL EMPLOYEUR :

4- PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM/PRÉNOM.....TEL :

NOM/PRÉNOM.....TEL :

5- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
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

6- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui non .

A-t-il un **P.A.I.** (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui non Si oui, joindre une **ordonnance** récente ou le **P.A.I.** (Document) **et les médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice dans une trousse**) AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE OU P.A.I.

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

VARICELLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RUBÉOLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					

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)

RÉGIME ALIMENTAIRE :

Porc Sans porc Sans viande Sans Gluten

Si autres, précisez :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

7- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

MERCI DE PRÉCISER LES ÉLÉMENTS QUE VOUS JUGEREZ UTILES CONCERNANT LA VIE DE VOTRE ENFANTS ET SI VOTRE ENFANT PORTE DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES ETC...

8- AUTORISATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure fréquentée (ou son représentant) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

J'autorise Je n'autorise pas le responsable du séjour (ou son représentant) à faire sortir l'enfant de l'hôpital en cas d'intervention bénigne.

Date :

Signature :

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, demeurant à.....

Autorise mon enfant à participer aux activités proposées durant le séjour (activités sportives et diverses, baignades, sortie intra et extra-muros) ;

J'autorise Je n'autorise pas que l'enfant soit photographié, filmé et que la structure Accueillante utilise ces documents pour qu'ils soient publiés par la collectivité dans un but non lucratif.

Date :

Signature :