Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE ET DE LA PROTECTION DE LA POPULATION

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM :_____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ **FILLE** ☐

DATES ET LIEU DU SEJOUR *:*

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificatsde vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéoles Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG :			*Vaccination non obligatoire depuis le décret n° 2007 –1111du 17/07/2007*		

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

3- RENSEIGNEMENT MEDICAUX 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME OUI ☐ NON ☐ MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐ AUTRES ……..

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler).

……
……
……

INDIQUEZ CI-APRES :
Les difficultés de santé(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

……
……
……

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

……
……
……
……

NOM et ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE (JOINDRE L'ATTESTATION)

N° de Sécurité Sociale :……

……
……
……

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

……
……
……

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père (titulaire de l'autorité parentale) :	Mère (titulaire de l'autorité parentale) :
Nom ……	Nom……
Prénom……	Prénom……
Portable……	Portable……
Téléphone domicile :……	Téléphone domicile :……
Téléphone bureau : ……	Téléphone bureau :……
Portable : ……	Portable : ……
Adresse pendant le séjour :……	Adresse pendant le séjour :……
……	……
……	……
……	……
Mail……	Mail……

En cas de garde alternée, veuillez préciser le nom du parent responsable de la garde pendant la durée de l'inscription…… ……
…… ……

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

……
……

6 – AUTORISATION

En cas d'accident ou de maladie, le Centre s'efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le Centre pourra être amené à conduire l 'enfant au Service des Urgences le plus proche.

☐ Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant**, pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.**

☐ Nous autorisons le Centre**, en cas d'indisponibilité absolue des deux parents,** à reprendre l'enfant à la sortie de l'Établissement de santé .

Je soussigné,…….., responsable l égal 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'éta de l'enfant.

Fait à ……le……./……../……. Signature des parents :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur :
Centre Municipal de Loisirs
« Duni'Aire de Jeux »
43 220 DUNIERES
Tel : 04 71 61 97 27

OBSERVATIONS

……
……
……