



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Orillons-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

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 (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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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- APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, des aérateurs transtympaniques (ou yo-yo), etc...

Précisez.....

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom

Nom de l'enfant si différent :

Adresse (pendant le séjour) :

Adresse Email :

N° d'allocataire CAF :

N° de sécurité sociale :

Nom du médecin traitant : Docteur.....

Tél. domicile :

Tél. portable :(mère)(père)

Tél. travail :(mère)(père)

Tél. Grands parents :

Tél. Nourrice (ou autre) :

L'enfant peut partir seul après les activités oui non

L'enfant sait-il nager ? oui non

Si oui, précisez le niveau :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, autorise mon enfant à participer aux activités proposées par l'école multiactivités des Jeunesses Sportives de Coulainnes pour la saison 2017-2018 et les vacances d'été juillet et Août 2018 et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

En cas d'urgence, nous soussignés,

- Autorisons la personne responsable de l'accueil, à orienter et faire transporter notre enfant accidenté ou malade, par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté.
- Autorisons le médecin à pratiquer tous les soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie sur notre enfant.
- Autorisons en notre absence, la personne responsable de l'accueil, à accompagner notre enfant sortant de l'hôpital
- Autorisons la personne responsable de l'accueil à donner à notre enfant les médicaments prescrits par le médecin appelé pendant l'accueil.

Date :

Signature :

A remplir par le club omnisports à l'attention des familles
Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

JEUNESSES SPORTIVES DE COULAINNES

Club Omnisports

12 Rue de Paris - 72190 COULAINNES

02 43 81 01 25

06 07 44 58 32