

ACTIVITES et SEJOUR de l'année 2018-2019
Entraide Protestante Privas

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
FILLE / GARCON

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **PHOTOCOPIE OBLIGATOIRE**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatites B	
Tétanos				Rubéole Oreillon Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres à 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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence pendant les activités ou 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.

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

RUBÉOLE OUI/NON	VARICELLE OUI/NON	ANGINE OUI/NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI/NON	SCARLATINE OUI/NON
COQUELUCHE OUI/NON <input type="checkbox"/>	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

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui/non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : OUI/NON

DES LUNETTES : OUI/NON

DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI/NON

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI/NON

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? OUI/NON

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? OUI/NON

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : OUI/NON

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : OUI/NON

5- ATTESTATION ASSURANCE MALADIE

Photocopie de l'attestation à l'affiliation à un organisme de sécurité social

6 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussignée, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

