

Fiche sanitaire de liaison

AFR Davezieux

1) Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

2) PERE

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. Professionnel :

Tél. portable : Mail :

Profession : Employeur :

Numéro d'allocataire CAF : Numéro de sécurité sociale

Organisme (adresse) :

Régime général Régime spécial Régime particulier MSA Fonction publique

Etrangers Autres

3) MERE

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Numéro d'allocataire CAF : Numéro de sécurité sociale :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. Professionnel :

Tél. portable : Mail :

Profession : Employeur :

4) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin :

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél :

Dans quel établissement l'enfant doit-il être conduit prioritairement ?

Hôpital d'Annonay Clinique des Cévennes Autres :



Je soussigné(e) **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.

Signature :

5) VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autre (préciser) :	
Tétracoq					
BCG					



Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre indication. Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.



6) MALADIES INFANTILES

	Rubéole	Angine	Varicelle	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI									
NON									

7) TRAITEMENT et/ou ALLERGIES

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

ALLERGIES :

Asthme : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Alimentaire : OUI NON

Autres :

*Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :.....

.....

*Observations particulières (contre-indication alimentaire, maladie chronique...) ou recommandations des parents :

.....

*Indiquez les difficultés de santé de l'enfant : Maladies, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre** :

.....

*Recommandations utiles : l'enfant porte t'il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses auditives, prothèses dentaires :

8) PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

Si votre enfant à plus de 6 ans, est-il autorisé à rentrer seul ? OUI NON

9) AUTORISATION PARENTALE

Je m'engage :

- à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.



- à **prévenir le centre de tout désistement la semaine précédente** (vendredi maximum) aux horaires d'ouverture, sinon **je m'engage à régler la somme due** sauf sur présentation d'un certificat médical.

- à mettre à mon enfant **des vêtements adaptés aux activités proposées** (baskets, chapeau...) **marqués au nom de l'enfant.**

J'autorise l'enfant :

- à participer aux activités organisées par l'association (transport y compris)

- à voyager en voiture individuelle et par moyen de transport collectif

- à se baigner (**l'enfant sait-il nager ?** OUI ; NON)

- à être filmé et photographié

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date et Signature du père ou de la mère

Précédées de la mention « *lu et approuvé* »