

# 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 : .....

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) TRATEMENT 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 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.

**Signature du père ou de la mère précédée de la mention « lu et approuvé »**