

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
Groupement des AFR de l'Ardèche



1) L'enfant :

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

2) Les Responsables

Père Mère Grands-parents Autres :

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

Adresse : **Code Postal :**

Ville : **Téléphone du domicile :**

Téléphone portable : **Téléphone professionnel :**

Profession : **Employeur :**

Numéro d'Allocataire CAF : **Numéro de sécurité sociale :** **Régime général** **MSA**

Organisme : **Adresse de l'organisme :**

Père Mère Grands-parents Autres :

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

Adresse : **Code Postal :**

Ville : **Téléphone du domicile :**

Téléphone portable : **Téléphone professionnel :**

Profession : **Employeur :**

Numéro d'Allocataire CAF : **Numéro de sécurité sociale :** **Régime général** **MSA**

Organisme : **Adresse de l'organisme :**

3) Les renseignements médicaux

Nom du médecin :

Adresse : **Code Postal :**

Ville : **Téléphone :**

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

Hôpital d'Annonay **Clinique des Cévennes** **Autres** :



Je soussigné(e) Autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (Traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

	Rubéole	Angine	Varicelle	Scarlatine	Coqueluche	Rhumatisme	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI									
NON									

4) Les vaccinations

Vaccins obligatoires	Dates	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite ou DT Polio		Coqueluche	
Tétracoq		Autres :	



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.

5) Traitement et/ou allergies

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON Un PAI ? OUI NON



Si oui, joindre le PAI et une ordonnance récente avec 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.**

Asthme : OUI NON

Allergies 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 :

6) Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

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

7) Autorisation parentale

Je m'engage :

- à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- à **prévenir le responsable de tout désistement**
- 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 être filmé et photographié

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

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