



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

SEJOUR

Date du séjour : du au Lieu :

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe : Garçon ou Fille

Né(e) le : à

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro de Sécurité Sociale :

Complémentaire Santé Solidaire (c2s) (si oui, joindre la copie de l'attestation) :

☐ OUI

☐ NON

Poids : Taille :

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-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				Haemophilus	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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.



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non

Merci de préciser la date de début et de fin de traitement : du _____ au _____

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (les médicaments seront dans leur emballage d'origine avec la notice, marquée au nom de l'enfant. Ce tout sera dans une boîte hermétique étiquetée également au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES

Asthme	Oui	Non	Dans quel cas ? Traitement ?
Alimentaires	Oui	Non	Lesquelles :
Médicamenteuses	Oui	Non	Lesquelles :
Autres	Précisez :		

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ :

.....

.....

.....



INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

**AFIN QUE VOTRE ENFANT PUISSE PASSER UN SEJOUR AGREABLE,
MERCİ DE REPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES :**

<i>Régime alimentaire ?</i>		
Aucun	Sans viande	Végétarien (Sans viande ni poisson)

<i>Si c'est une fille, a-t-elle ses règles ?</i>	
Oui	Non

<i>Votre enfant a-t-il peur du noir ?</i>		
Oui	Non	Précautions à prendre ?

<i>Votre enfant fait-il pipi au lit ?</i>	Oui	Non
<i>Porte-t-il des couches ?</i>	Oui	Non

<i>Votre enfant a-t-il un rituel au coucher ou pour s'endormir ? (ex : lampe de chevet...)</i>		
Oui	Non	Si oui, lequel ?

DROIT A L'IMAGE

Nous soussignés

.....

Responsables légaux de l'enfant :

.....

Nous autorisons /nous n'autorisons pas* les adultes professionnels et bénévoles de la structure à utiliser, dans le cadre pédagogique (journal, site internet, publications, reportages) des photos de notre enfant prises au cours des activités.

Barre la mention inutile*



RESPONSABLES DU MINEUR

PERE / MERE / TUTEUR (entourer la(les) réponse(s), merci)

NOM PRENOM.....

ADRESSE (si différente de celle de l'enfant)

Code postal.....Ville.....

Père ou Tuteur : NUMERO DOMICILE :/...../...../...../..... PORTABLE :/...../...../...../.....

NOM PRENOM.....

ADRESSE (si différente de celle de l'enfant)

Code postal.....Ville.....

Mère ou Tuteur : NUMERO DOMICILE :/...../...../...../..... PORTABLE :/...../...../...../.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT (facultatif)..... TEL :/...../...../...../.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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. Je m'engage également à rembourser les frais médicaux avancés par Mer et Montagne durant le séjour.

Signature du responsable légal

