

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

En accueil collectif de mineurs

A remplir par les parents ou responsables légaux

Document non confidentiel qui suit l'enfant dans toutes ses activités

Nom : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F G

Nom et adresse du représentant légal : _____

Adresse du représentant légal pendant le séjour si différente : _____

N° tel du domicile : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

N° portable Mr : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

N° portable Mme : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

N° tel du travail du père : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

N° tel du travail de la mère : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

Nom et n° de tel de la personne susceptible de vous prévenir rapidement en cas d'urgence :

_____ |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

Statut (grands parents ; tante, oncle, amis...): _____

Informations utiles des parents :

Mon enfant porte :

Des lunettes ou lentilles Des aérateurs transtympaniques (ou « yo-yo »)

Des prothèses dentaires Des prothèses auditives

Autres appareillages _____

Coordonnées du médecin traitant de l'enfant :

Nom : _____

Adresse : _____

N° tel : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Tétanos, Polyomyélite)

Fournir un certificat de vaccinations ou une copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant

VACCINATIONS RECOMMANDÉES (BCG, Rougeole, Oreillons, rubéoles, Coqueluche, Hépatite B)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée pourtant le nom et prénom de l'enfant et la mention « secret médical », à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

Antécédents médicaux et chirurgicaux Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour comme les allergies alimentaires, les allergies médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux,...) ou une opération chirurgicale récente :

Les précautions à prendre : _____

Maladies en cours Aigües ou chroniques, indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des Répercussions sur le déroulement du séjour comme le diabète, asthme, convulsions,...

Les précautions à prendre : _____

En cas d'urgence, nous soussignés _____

Autorisons la personne responsable de l'accueil, à orienter et à faire transporter notre enfant accidenté ou malade, par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté.

Autorisons le médecin à pratiquer tous les soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie sur notre enfant.

Autorisons en notre absence, la personne responsable de l'accueil, à accompagner notre enfant sortant de l'hôpital.

Autorisons la personne responsable de l'accueil à donner à notre enfant les médicaments prescrits par le médecin appelé pendant l'accueil.

Date : _____ Nom et signature du responsable légal :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

En accueil collectif de mineurs

A remplir par les parents ou responsables légaux

Document non confidentiel qui suit l'enfant dans toutes ses activités

Nom : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F G

Nom et adresse du représentant légal : _____

Adresse du représentant légal pendant le séjour si différente : _____

N° tel du domicile : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

N° portable Mr : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

N° portable Mme : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

N° tel du travail du père : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

N° tel du travail de la mère : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

Nom et n° de tel de la personne susceptible de vous prévenir rapidement en cas d'urgence :

_____ |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

Statut (grands parents ; tante, oncle, amis...): _____

Informations utiles des parents :

Mon enfant porte :

Des lunettes ou lentilles Des aérateurs transtympaniques (ou « yo-yo »)

Des prothèses dentaires Des prothèses auditives

Autres appareillages _____

Coordonnées du médecin traitant de l'enfant :

Nom : _____

Adresse : _____

N° tel : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Tétanos, Polyomyélite)

Fournir un certificat de vaccinations ou une copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant

VACCINATIONS RECOMMANDÉES (BCG, Rougeole, Oreillons, rubéoles, Coqueluche, Hépatite B)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée pourtant le nom et prénom de l'enfant et la mention « secret médical », à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

Antécédents médicaux et chirurgicaux Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour comme les allergies alimentaires, les allergies médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux,...) ou une opération chirurgicale récente :

Les précautions à prendre : _____

Maladies en cours Aigües ou chroniques, indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des Répercussions sur le déroulement du séjour comme le diabète, asthme, convulsions,...

Les précautions à prendre : _____

En cas d'urgence, nous soussignés _____

Autorisons la personne responsable de l'accueil, à orienter et à faire transporter notre enfant accidenté ou malade, par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté.

Autorisons le médecin à pratiquer tous les soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie sur notre enfant.

Autorisons en notre absence, la personne responsable de l'accueil, à accompagner notre enfant sortant de l'hôpital.

Autorisons la personne responsable de l'accueil à donner à notre enfant les médicaments prescrits par le médecin appelé pendant l'accueil.

Date : _____ Nom et signature du responsable légal :