

Fiche Sanitaire de Liaison 2023 (Vous devez obligatoirement joindre les photocopies des vaccinations à partir du carnet de santé)

ENFANT

Nom

Prénom

Né(e) le

Sexe M F

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)
 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.

VACCINS obligatoires	OUI	NON	DATES des derniers rappels	VACCINS recommandés	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
OU DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (précisez)	
OU Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT suit 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 ET 1 PILLULIER marqués au nom de l'enfant avec la notice). **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Médicamenteuses OUI NON _____

Alimentaires OUI NON _____

ASTHME : OUI NON _____

AUTRES : _____

Votre Ados fume-t-il ? Régulièrement OUI NON

OUI NON Occasionnellement OUI NON

RECOMMANDATIONS d'ordre général régime alimentaire spécifique, comportement ...

Votre Enfant sait-il nager ? OUI NON Notez oui s'il sait vraiment bien nager !

INDIQUEZ les difficultés de santé (maladies, crises convulsives, opération, rééducation, hospitalisation, en précisant les dates et les précautions à prendre)

RECOMMANDATIONS UTILES précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires ...

Nom et Adresse de votre Caisse d'Assurance Maladie

Numéro de sécurité des parents ou de vos enfants de plus de 16 ans !

L'ENFANT SOUHAITE partager la même chambre avec enfant de même sexe et - de 3 ans de différences d'âge)

SI UNE PERSONNE AUTRE QUE VOUS MÊME VIENT RECUPERER VOTRE ENFANT AU CENTRE OU AU BUS OU A LA GARE TGV précisez le Nom Prénom de la personne et informez la, qu'elle devra présenter une pièce d'identité

RESPONSABLE DE L'ENFANT Nom prénom _____

Adresse (pendant le séjour) _____

Téléphone portable : _____ Autre téléphone _____

Nom du MÉDECIN TRAITANT : _____ Tél _____

ATTESTATION Je soussigné(e) : _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise mon enfant à participer à toutes les activités des accueils de loisirs et séjour que propose ARTS ET LOISIRS 06, à être transporté(e) dans les véhicules utilisés pendant le séjour, autorise l'association à utiliser les photos, vidéos ou tout image où figure mon enfant pour illustrer ses activités, à transmettre mes coordonnées aux autres participants, autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues Nécessaires par l'état de mon enfant et m'engage à payer les frais de séjour m'incombant, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle, non remboursée par la sécurité sociale. J'ai pris connaissance également que je dois souscrire une assurance individuelle accident avec assistance intégrée pour la pratique des sports et loisirs.

Date :

Signature

JOINDRE UNE COPIE DES VACCINATIONS, de LA CARTE VITALE et DE L'ATTESTATION CPAM