



Centre Culturel  
Haut-Marnais

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Dates et Lieu du séjour

Du ...../...../..... au ...../...../.....

Grand-Bornand  DER

Val-André  LIEZ

## 1 - L'ENFANT :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... à ..... GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 - VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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.

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RUHMATISME ARTICULAIRE AIGU</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

**Activités** : Existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ? Si oui, lesquelles ?

.....

## 4 - ALLERGIES :

ASTHME : OUI  NON

ALIMENTAIRES : OUI  NON

MÉDICAMENTEUSES : OUI  NON

PARACETAMOL : OUI  NON

Autres : .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

.....  
.....  
.....

## **5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... **PRÉCISEZ.**

.....  
et tous les renseignements qui pourraient être utiles à l'équipe d'encadrement (« pipis au lit », problèmes particuliers, familiaux et autres...) : .....

### **MERCI DE FAIRE UN TRAITEMENT PREVENTIF ANTI POUX**

## **6 – RESPONSABLE DE L'ENFANT : Père – Mère – Tuteur** (rayer les mentions inutiles)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone en cas d'urgence : Domicile : .../.../.../.../... Portable : .../.../.../.../... Tél Travail : .../.../.../.../...

Autre : .../.../.../.../.....

### **Si placement (Foyer ou famille d'accueil, assistante maternelle) :**

Nom de l'établissement : ..... Adresse : .....

Nom et prénom de la personne référente pendant le séjour : .....

Tél : .../.../.../.../... Portable : .../.../.../.../.....

Famille ou assistante maternelle : Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Tél Domicile : .../.../.../.../....., Portable : .../.../.../.../..... Tél Travail : .../.../.../.../..... Autre : .../.../.../.../.....

## **7 – REGIME SOCIAL :**

Sécurité sociale. – M.S.A. – Autre (Précisez).....

N° d'assuré social : .....

**Prise en charge CMU : oui – non** (si oui : joindre la photocopie de l'attestation de prise en charge)

## **8 – AUTORISATION PARENTALE** (A remplir obligatoirement !)

**Je soussigné(e)**,.....**responsable légal de l'enfant**, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

- autorise - mon fils – ma fille – à pratiquer les activités organisées par le centre de vacances, dans les conditions définies dans la fiche descriptive du séjour et dont nous avons pris connaissance.
- 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.
- M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.
- M'engage à prendre à ma charge les suppléments dus à un retour individuel de mon enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.
- Autorise l'équipe d'encadrement et le C.C.H.M à prendre en photo ou filmer - mon fils – ma fille.
- Autorise le Centre Culturel Haut-Marnais, organisateur du dit séjour, à utiliser ces photos pour toutes les publications nationales et régionales du C.C.H.M. sans limitation de durée.

Date : ...../...../.....

**Signature Obligatoire des parents ou du responsable légal :**