

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. ENFANT :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CONTACT TEL : _____ ou _____

ALLERGIES : _____

TRAITEMENT MEDICAL : _____

CERTIFICAT de NATATION : OUI ☐ NON ☐

BOURSIER : OUI ☐ NON ☐

**DATES ET LIEU DU SÉJOUR : Du dimanche 13 octobre au samedi 19 octobre 2019
au Centre activité de la Province Sud à Poé**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

1. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINS	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL
HEPATITE			
TETANOS			
BCG			
AUTRES			

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le camp ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

	OUI	NON
RUBEOLE		
COQUELUCHE		
VARICELLE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
ROUGEOLE		
OREILLONS		
ANGINE		

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES : OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRES : OUI ☐ NON ☐

AUTRES : OUI ☐ NON ☐

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

L'ENFANT EST-IL ASTHMATIQUE ? OUI ☐ NON ☐

ÉPILEPTIQUE ? OUI ☐ NON ☐

DIABETIQUE ? OUI ☐ NON ☐

INDIQUEZ CI APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

2. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISER.

L'ENFANT SAIT-IL NAGER ? PAS DU TOUT ☐ UN PEU ☐ BIEN ☐ TB ☐

3. RESPONSABLES (PARENTS) DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____

Adresse des parents pendant le séjour : _____

adresse électronique : _____@_____

4. AUTORISATIONS

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant _____

☐ autorise ☐ n'autorise pas la prise de photos ou de film de mon enfant dans le cadre du camp, et la publication de ces photos ou films sur le site internet de l'Association en tenant compte des règles en matière de respect de la personne.

☐ autorise ☐ n'autorise pas mon enfant à participer aux activités sportives

☐ autorise ☐ n'autorise pas mon enfant à participer aux baignades surveillées

☐ autorise le transport de mon enfant en véhicule de service et car de location

☐ autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie générale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

☐ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

v

Date :

Signature :

Association
Jeunesse en Couleur

