

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Association
Jeunesse en
Couleur



1. ENFANT :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐ FILLE ☐

CONTACT TEL : ou

ALLERGIES :

TRAITEMENT MEDICAL :

☐ couverture CAFAT : n°

☐ couverture AIDE MEDICALE A : n°

CERTIFICAT de NATATION : OUI ☐ NON ☐

BOURSIER : OUI ☐ NON ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

Du lundi 13 au vendredi 17 octobre 2025 au Centre d'Accueil de Poé

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour le séjour de votre enfant. Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé. Il est très important que vous donniez des renseignements exacts et complets. Merci de votre coopération.

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui, lequel ? Est-il capable de gérer sa pathologie ? OUI ☐ NON ☐

On rappelle que la gestion autonome de sa pathologie par un mineur accueilli dans un CVL ne dégage en aucun cas, le responsable sanitaire et le directeur dudit CVL, de leurs responsabilités vis-à-vis du suivi sanitaire du mineur concerné.

En cas de traitement à prendre, 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.

Nom du médecin traitant : et numéro de téléphone:

L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes ?		
	OUI	NON
VARICELLE		
ATTEINTE ou MALADIE CARDIAQUE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
CRISE D'EPILEPSIE		
CONVULSIONS		
OTITE		
ASTHME		
DIABETE		

A compléter sauf si certificat médical attestant que l'enfant est à jour des vaccins obligatoires	
VACCINS	Date du dernier rappel
HEPATITE B	
DIPHTERIE	
TETANOS	
POLIO	
COQUELUCHE	
ROR	
BCG	
HEMOPHILIUS B	

L'enfant a-t-il des ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES : OUI ☐ NON ☐
 ALIMENTAIRES : OUI ☐ NON ☐
 AUTRES : OUI ☐ NON ☐

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

Indiquez ci-dessous les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

3. 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 ☐ TRES BIEN ☐

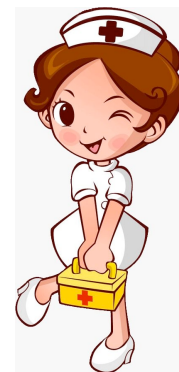
L'enfant est-il incontinent la nuit ? OUI ☐ NON ☐

4. RESPONSABLES (PARENTS) DE L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

Adresse des parents pendant le séjour :

Adresse électronique :@.....



5. 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 terrestres

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

☐ autorise ☐ n'autorise pas mon enfant à participer aux jeux d'eau dans la mer

☐ 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.

Date :

Signature :

RAPPEL : un certificat médical d'aptitude à la pratique des activités physiques et sportives est exigé pour les séjours qui proposent des activités à environnement spécifique.