

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



## 1. ENFANT :

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON  FILLE

CONTACT TEL : ..... ou .....

BOURSIER : OUI  NON

## DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

Du lundi 8 au vendredi 12 juin 2026 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.

### I. RESPONSABLES / PARENTS DE L'ENFANT :

NOM : ..... PRÉNOM : ..... Date de naissance : .....

Adresse des parents pendant le séjour : .....

Adresse électronique : .....@ .....

N°CAFAT/RUAM : ..... Mutuelle : ..... n° de mutuelle : .....

N° Aide médicale : ..... validité du ..... au .....

N° COJH ou CORH : .....

### II. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

#### a. Médecin traitant :

Nom: ..... N° téléphone: .....

#### b. Vaccinations :

Les vaccins sont-ils à jour ? OUI  NON  Si NON, l'enfant ne pourra pas participer au camp

#### c. Traitement médical :

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

Si oui, lequel ? .....

Est-il capable de gérer sa pathologie ? OUI  NON

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.**

#### d. L'enfant est-il porteur des **pathologies** suivantes ?

Asthme : OUI  NON  R.A.A. : OUI  NON

Diabète : OUI  NON  Épilepsie : OUI  NON

Autisme : OUI  NON

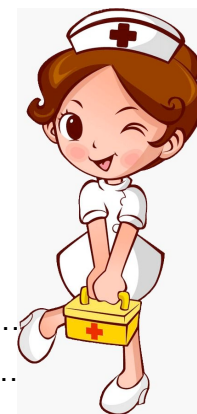
L'enfant a déjà-t-il eu une otite ? OUI  NON

e. 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 :

.....  
.....



f. L'enfant a-t-il été **opéré** au cours des 6 derniers mois ?            OUI               NON  

### III. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

a. **Votre enfant présente-t-il les handicaps suivants ?**

- Un handicap physique limitant ses activités, son autonomie ou nécessitant un appareillage, un accompagnement spécifique ? Précisez : .....
- Un handicap mental nécessitant une prise en charge spécifique ? Précisez : .....
- Un handicap sensoriel (troubles de la vision, difficultés auditives nécessitant un appareillage) ? Précisez : .....
- Un trouble du caractère, du comportement et/ou des difficultés d'adaptation ?  
Si oui, fait-il l'objet d'un suivi particulier (psychologue scolaire, pédopsychiatre, orthophoniste, psychomotricien) ? .....
- Précisez le traitement en cours selon les dernières recommandations du médecin sans oublier de fournir les médicaments prescrits et la copie de l'ordonnance : .....
- un autre trouble ? Précisez.....

b. **Autres recommandations des parents :**

Le mineur porte-t-il des lunettes ou des lentilles ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	
Est-il muni d'un appareil dentaire ou auditif ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	
A-t-il des difficultés de sommeil ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	
L'enfant est-il incontinent la nuit ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	PARFOIS <input type="checkbox"/>
L'enfant sait-il nager ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	

### IV. 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.
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : .....

Signature :