Fiche sanitaire de liaison

1-ENFANT

Nom :…… Prénom :……

Date de naissance : ___/___/_____ Garçon □ Fille □

N° de S.S :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur l'enfant durant toutes les activités organisées par la Communauté de Communes de la Porte du Sundgau.

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

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons–Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre-indication
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 ?

Rubéole	**Varicelle**	**Angine**	**Rhumatisme articulaire aigu**
Oui □ Non □	Oui □ Non □	Oui □ Non □	Oui □ Non □
Coqueluche	**Otite**	**Rougeole**	**Oreillons**
Oui □ Non □	Oui □ Non □	Oui □ Non □	Oui □ Non □

ALLERGIES :

Asthme	**Alimentaires**	**Médicamenteuses**
Oui □ Non □	Oui □ Non □	Oui □ Non □

Si autres, précisez:……..
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)
……
……..

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.
Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.. Précisez.
……
……
……

4-RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné
Nom :…… Prénom :……
Adresse (pendant le séjour) :
……
……

responsable légal de l'enfant

Nom et prénom……

Tél. domicile : ___/___/___/___/___ Tél. portable : ___/___/___/___/___

Tél.bureau:___/___/___/___/___ Tél. médecin traitant:___/___/___/___/___

- autorise le directeur du centre de vacances à faire soigner mon enfant et à faire **pratiquer les interventions d'urgence**, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

- certifie par la présente que l'enfant a les vaccinations exigées par la loi, joindre la photocopie de la page du carnet de santé.

- autorise mon enfant à être filmé et photographié dans le cadre d'animations ou d'activités proposées pour d'éventuelles communications d'informations.
  OUI □ NON □

- - joindre si vous avez en votre possession un certificat de natation (savoir nager au moins 25m et s'immerger) délivré par un maître nageur.

Date : Signature :