

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles aux animateurs et aux médecins sur le participant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé mais elle est obligatoire pour tout accueil de mineur.

<p>NOM du Participant :</p> <p>Date de Naissance :</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Garçon</p> <p>NOM du Responsable :</p> <p>Adresse complète :</p> <p>Téléphone Fixe (et portable) du domicile, du travail :</p> <p>Médecin Traitant (NOM, Ville et Téléphone) :</p> <p>Mutuelle : N° Mutuelle :</p> <p>Si CMU, photocopie de la carte vitale et de l'attestation CMU où l'enfant apparaît.</p>	<p>Prénom :</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Fille</p> <p>Prénom :</p>										
<p><u>VACCINATIONS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournir obligatoirement la photocopie du Carnet de Vaccination. • Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication. 											
<p><u>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR LE PARTICIPANT :</u></p> <p>Le participant suit-il un traitement médical : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)</p> <p>Le Participant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (Cochez les maladies concernées) :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rubéole</td> <td><input type="checkbox"/> Varicelle</td> <td><input type="checkbox"/> Angine</td> <td><input type="checkbox"/> Rhumatisme</td> <td><input type="checkbox"/> Scarlatine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coqueluche</td> <td><input type="checkbox"/> Otite</td> <td><input type="checkbox"/> Rougeole</td> <td><input type="checkbox"/> Oreillons</td> <td></td> </tr> </table> <p><u>ALLERGIES</u></p> <p>Asthme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Médicamenteuse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autres :.....</p> <p>CAUSE DE L'ALLERGIE ET CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Oreillons	
<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Scarlatine							
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Oreillons								
<p><u>DIFFICULTES DE SANTE</u> (Maladie, Accident, Crises, Opérations, Rééducation,...) en précisant dates et précautions à prendre :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>											
<p><u>RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS</u> (Lunettes, Lentilles, Prothèse dentaires,... précisez)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Type de repas : <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :.....</p>											
<p>Je soussigné..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.</p> <p>Date : Signature :</p>											
<p>Accueil collectif de Loisirs Laize-Clinchamps, Fontenay, May - Centre les 4 saisons 1 rue de la cavée 14320 Laize-Clinchamps</p>											