

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CENTRE OU SEJOUR : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le déroulement du séjour ou du centre de l'enfant, elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous informer en cas de modifications des informations

## 1) L'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Age : ..... Sexe : M  F

Pointure : ..... Taille : ..... Poids : .....

Sait-il nager ? Oui  Moyennement  Non  / Avec Brassards  Sans Brassards

## 2) Responsable légal de l'enfant

Responsable légal de l'enfant : Père  Mère  Tuteur

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

☎ Domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / E-mail : .....

☎ Travail : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ☎ Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Conjoint (précisez le lien de parenté): ..... Nom : ..... Prénom : .....

☎ Travail : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ☎ Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (joindre la photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale)

L'enfant bénéficie-t-il de l'aide médicale gratuite CMU ?  Oui  Non (Si oui joindre la photocopie de l'attestation de CMU)

Nom du médecin traitant : ..... ☎ Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 3) Cas d'urgence

Personne à contacter en cas d'absence des parents (OBLIGATOIRE)

Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

☎ Domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ☎ Travail : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ☎ Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 4) Vaccinations

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINS :**

diphtérie, tétanos, poliomyélite, ou DT polio, ou tétacoq, BCG

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATIONS.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## 5) Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le déroulement du centre ou du séjour ?  Oui  Non

Si oui, lequel :

Dans ce cas 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 administré sans ordonnance**

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGUS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Allergies :

Asthmatiques  Oui  Non Médicamenteuses  Oui  Non

Alimentaires  Oui  Non Maquillage  Oui  Non

Autres : .....

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.

Régimes alimentaires particuliers :  Oui lequel : .....  Non

(Joindre le protocole à suivre pour motif médical)

## Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ? Précisez.

L'enfant mouille-t-il son lit ?  Oui  Occasionnellement  Non

S'il s'agit d'une fille. Est-elle réglée ?  Oui  Non

## Autorisations parentales

Je soussigné(e)....., père, mère, tuteur ou responsable légal (*Barrer les mentions inutiles*) autorise mon enfant (nom, prénom) ..... à participer aux activités programmées.

Utilisation des photographies et des vidéos : la Ville de Reims se réserve le droit d'utiliser des photos prises de votre enfant sur les activités des centres pour illustrer ses brochures, documents de présentation ainsi que le site internet de la Ville de Reims, d'autoriser la presse à photographier ou filmer votre enfant dans le cadre de reportages, sauf avis contraire écrit des parents ou du représentant légal.

Pour que l'enfant soit autorisé de partir seul aux heures de sorties, merci de joindre un courrier.

**Autorisation de prise en charge** (à remplir lorsque l'enfant doit être confié à une personne autre que ses parents)

J'autorise le personnel d'encadrement à remettre mon enfant aux heures de sorties à : (nom, prénom et numéro de téléphone de la ou des personnes habilitées).

.....  
.....

Je m'engage à prévenir à l'avance le centre, avant la reprise de l'enfant.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour ou du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : .....

Signature