Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE ET DE LA PROTECTION DE LA POPULATION DES DEUX SEVRES

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- JEUNE

NOM : _____

PRENOM : _____

N° allocataire CAF : _____

N° allocataire MSA : _____

Nom de l'allocataire : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ **FILLE** ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

2 – VACCINATIONS

Photocopie obligatoire du carnet de vaccination

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

VACCINS DTP OBLIGATOIRE

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 et sans l'avis du responsable du centre

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME OUI ☐ NON ☐ MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐ AUTRES …….....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

……
……
……

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

……
……
……

☐ **Jeunes en situation de handicap** (afin de faciliter l'accueil de votre enfant, merci de prendre contact avec le directeur de l'accueil en amont.)

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

……
……
……

NOM et ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE (JOINDRE UNE COPIE DE L'ATTESTATION)

N° de Sécurité Sociale :……
……
……
……

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

……
……
……

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

PERE-MERE-TUTEUR : responsable du dossier
Nom / Prénom : .....
Adresse : .....
.....
….....
.....
Tel maison : ….....
Mail : ….....
Tel ou vous joindre pendant l'accueil de l'enfant : .....
Employeur : .....
Tel employeur : .....

PERE-MERE-TUTEUR :
Nom / Prénom : ….....
Adresse (si différente) : ….....
….....
….....
.....
Tel maison (si différent).....
Tel ou vous joindre pendant l'accueil de l'enfant : .....
Employeur : .....
Tel employeur : .....

Destinataire des courriers (factures, etc...) ☐ père ☐ mère □ tuteur □ autres ….....

En cas de garde alternée, veuillez préciser le nom du parent ou tuteur responsable de la garde pendant la durée de l'inscription…….....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement ……
……

6 – AUTORISATION

PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT A L'ACCUEIL DE LOISIRS (différent que responsable légal)

NOM - PRENOM	ADRESSE	N° DE TEL

Responsable légal de l'enfant (si diffèrent que responsable du dossier)

Nom ..... Prénom .....
Adresse.....

En cas d'accident ou de maladie, le Centre s'efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le Centre pourra être amené à conduire l'enfant au Service des Urgences le plus proche.

☐ Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant**, pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.**

☐ Nous autorisons le Centre**, en cas d'indisponibilité absolue des deux parents,** à reprendre l'enfant à la sortie de l'Établissement de santé.

Affirme que mon enfant sait nager : oui non
Autorise le jeune : ….....
- à partir seul de l'accueil de loisirs : oui non
- la prise de photos de mon enfant et la parution de celles-ci : oui non
- à attendre seul, la personne venant le chercher à l'extérieur de l'accueil : oui non

- Autorise le directeur de l'Accueil de Loisirs à faire soigner mon enfant et faire les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin ; m'engage à payer tous les frais médicaux.
- *Certifie que mon enfant a tous les vaccins réglementaires. Déclare que mon enfant n'a pas de problème de santé incompatible avec la vie en collectivité.*

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 nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à payer tous les frais médicaux.

CETTE FICHE SANITAIRE EST VALABLE JUSQU'A FIN JUIN 2024.

Date et Signature

2/2