FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019-2020

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

NOM du participant :…… **Prénom :**……

Date de naissance :……

□ Garçon □ Fille

Nom et prénom du Responsable :……

Adresse complète :……

Téléphone fixe et portable du domicile, du travail :……

Médecin traitant (Nom, Ville et Tél) :……

Mutuelle :…… N° Mutuelle : ……

Si CMU, photocopie de la carte vitale et de l'attestation CMU où l'enfant apparaît.

VACCINATIONS

- Fournir **obligatoirement** un certificat médical de mise à jour du carnet de vaccinations.
- Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR LE PARTICIPANT

Le participant suit-il un traitement médical : □ oui □ non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)

Le participant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher les maladies concernées) :

□ Rubéole □ Varicelle □ Angine □ Rhumatisme □ Scarlatine
□ Coqueluche □ Otite □ Rougeole □ Oreillons

ALLERGIES

Asthme □ oui □ non Alimentaire □ oui □ non |Médicamenteuse □ oui □ non Autres ……

CAUSE DE L'ALLERGIE ET CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) :

……

……

Autorisez-vous le maquillage sur votre enfant ? □ oui □ non

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, accident, crises, opérations, rééducation…) Précisez dates et précautions à prendre :

……

……

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Lunettes, lentilles, prothèse dentaires…précisez)

……

……

Type de repas : □ Sans porc □ Végétarien □ Autres (précisez) :……

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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date : **Signature :**