

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019-2020

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.

NOM du Participant : **Prénom :**

Date de Naissance :

Garçon Fille

NOM prénom du Responsable :

Adresse complète :

Téléphone Fixe (et portable) du domicile, du travail :

Médecin Traitant (NOM, Ville et Téléphone) :

Mutuelle : **N° Mutuelle :**

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

VACCINATIONS :

- Fournir **obligatoirement** certificat médical attestant de la mise à jour des vaccins
- 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 (Cochez les maladies concernées) :

<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	

ALLERGIES

Asthme oui non | Alimentaire oui non | Médicamenteuse oui non | Autres :

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

.....

.....

DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, Accident, Crises, Opérations, Rééducation,) en précisant 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 mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date : signature :