



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Agrafer la photo
d'identité
de votre enfant

Cette fiche permet de recueillir des **informations indispensables pour un bon suivi sanitaire de votre enfant** pendant son séjour.
Sans ce document, votre enfant ne pourra pas être pris en charge par notre structure.

Nom du participant : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Sexe : garçon fille
Adresse : _____
N° d'urgence : _____
Référence du programme : _____ Destination : _____
Du : _____ au _____

DOCUMENT A AGRAFER :

- **une copie du carnet de vaccination (obligatoire)**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Taille : _____ Poids : _____

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Pour quel(s) problème(s) de santé ? _____

Si **oui**, fournir obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Merci de préciser le nom du médicament ainsi que la posologie (**ORDONNANCE OBLIGATOIRE**) :

Nom du médicament 1 :

Nom du médicament 2 :

Nom du médicament 3 :

Posologie :

Posologie :

Posologie :

• **Allergies :**

ASTHME	ALIMENTAIRES	MEDICAMENTEUSES	AUTRES
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (le cas échéant, joindre obligatoirement le PAI (en cas d'allergie, de diabète ...)) :

● **Régime alimentaire :**

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? :

non (pas de régime spécifique) végétarien sans porc

L'enfant a-t-il déjà 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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <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	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

● **Vaccinations :**

Est-ce que les vaccinations sont à jour ? oui non

Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

(Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

En cas de non-vaccination non justifiée par certificat médical, votre enfant ne pourra pas participer à nos séjours.

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Numéro de sécurité sociale de l'enfant (ou du parent auquel il est rattaché) : _____

Médecin traitant : Nom : _____ Numéro de téléphone : _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant sait-il nager ? oui non

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

A-t-il eu des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) ?

Souffre-t'il : d'énurésie de phobie de problèmes psychologiques

Le cas échéant, merci de préciser les dates ainsi que les précautions à prendre.

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Adulte 1

Nom et prénom : _____

N° de téléphone portable : _____

N° de téléphone domicile : _____

Adulte 2

Nom et prénom : _____

N° de téléphone portable : _____

N° de téléphone domicile : _____

Je soussigné (nom du représentant légal) : _____ déclare exacts les renseignements ci-dessus et certifie n'avoir omis aucune information importante. Je déclare être titulaire de l'autorité parentale et j'autorise mon enfant à participer à ce séjour. Je laisse toute latitude aux accompagnateurs ou directeurs de centre pour veiller sur la santé de mon enfant et donne l'autorisation de le faire opérer si nécessaire. Je m'engage à informer le centre administratif de Sports Elite Jeunes à Rodez de tout problème de santé n'ayant pas été mentionné sur le bulletin d'inscription.

Date : _____

Signature :