N° 10008*02

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code De l'action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

1 – ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM :.....

DATE DE NAISSANCE : ..... GARÇON O FILLE O

LIEU DE NAISSANCE (VILLE + DÉPARTEMENT) : .....

N° DE SECURITE SOCIALE DU PARENT : .....

DATES ET LIEU DU SEJOUR : .....

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI O NON O

⚠ 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, pas de piluliers).** Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE OUI ❑ NON ❑	VARICELLE OUI ❑ NON ❑	ANGINE OUI ❑ NON ❑	OREILLONS OUI ❑ NON ❑	SCARLATINE OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE OUI ❑ NON ❑	OTITE OUI ❑ NON ❑	ROUGEOLE OUI ❑ NON ❑	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜE OUI ❑ NON ❑	

ALLERGIES : ASTHME OUI O NON O MEDICAMENTEUSES OUI O NON O
ALIMENTAIRES OUI O NON O AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES **DIFFICULTÉS DE : (PATHOLOGIE, HOSPITALISATION, TDAH, ACCIDENT, OPERATION, CRISES CONVULSIVES)** EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC…PRÉCISEZ

.....

.....

.....

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) .....

.....

TEL PORTABLE (obligatoire) ..... TEL FIXE .....AUTRE.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

.....

5 - DROIT A L'IMAGE

❑ J'autorise ❑ Je refuse : La diffusion de l'image de mon enfant sur les blogs du séjour*

❑ J'autorise ❑ Je refuse : La diffusion de l'image de mon enfant sur les supports de communications (site internet/réseau sociaux) *

⚠ * (les autorisations non remplies seront considérées comme acceptées.)

6 - REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT

❑ Classique ❑ Sans porc ❑ Sans viande ❑ Végétarien strict (sans poisson ni œuf)

NB : Pour garantir la santé et la vitalité des enfants durant les activités, les pratiques de jeûne ne sont pas autorisées sur nos séjours.

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.

Date : ..... **SIGNATURE**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

DJURINGA JUNIORS
46 bis rue Louis Aulagne – 69600 OULLINS
Tel : 04 78 23 23 46 Fax : 04 78 23 10 90
Mail : contact@djuringa-juniors.fr site Web : http://www.djuringa-juniors.fr

OBSERVATIONS : .....

.....