

FICHE SANITAIRE DE LIAISON - Dodo à Trémargat

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant.

Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

1. Enfant

Nom : _____ Prénom : _____
 Sexe : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
 Poids : ____ Kg Taille : ____ cm Tour de tête : ____ cm Pointure : ____

Photo datant
de moins d'un an

OBLIGATOIRE

2. Ouvrant droit

Nom : _____ Prénom : _____

N°CMCAS	N°SLV
3	3 5

3. Responsable légal de l'enfant (pendant la durée du séjour)

Nom : _____ Prénom : _____

N° de téléphone : _____ N° de téléphone : _____

Adresse : _____

Mail : _____ @ _____

N° de sécurité sociale : _____

4. Recommandation des parents

Contre-indication ou restriction médicale : oui non

Si OUI, tous les renseignements complémentaires peuvent être fournis dans une enveloppe fermée, qui sera glissée dans cette fiche.

5. Renseignements médicaux concernant l'enfant

Pensez à joindre dans cette fiche la photocopie des vaccins à jour

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (rayer la mention inutile)

- Angine : oui non
- Oreillons : oui non
- Scarlatine : oui non
- Rubéole : oui non
- Asthme : oui non
- Otite : oui non
- Rhumatisme : oui non
- Coqueluche : oui non
- Rougeole : oui non
- Varicelle : oui non

Votre enfant porte -t -il des : (rayer la mention inutile)

- Lunettes : oui non
- Lentilles : oui non
- Prothèses auditives : oui non
- Prothèse dentaire : oui non

L'enfant a-t-il des allergies (préciser les contre-indications) ?

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations ...)

(____ / ____ / ____)
 (____ / ____ / ____)

L'enfant mouille-t-il son lit : oui occasionnellement non

Actuellement l'enfant suit-il un traitement : oui non

Si oui, lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

Nom du médecin traitant : _____ Tel : _____

6. Observations médicales ou sanitaires faites en cours de séjour

Par le responsable du séjour ou l'assistant sanitaire (qui indiquera ses nom et adresse) :

7. Autorisation parentale légalement obligatoire

Je soussigné(e) _____, Père, Mère de _____

a participer à toutes les activités organisées par la CMCAS dans le cadre de son séjour.

En cas d'urgence, j'autorise le directeur du centre ou le chef de convoi à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer. A cet effet, je vous communique les éléments nécessaires à sa prise en charge éventuelle :

Contrat assistance (facultatif)

OUI	<input type="checkbox"/>
NON	<input type="checkbox"/>

Compagnie d'assurance _____

Tel : _____ N° du contrat : _____

- Autorise la pratique de toutes les activités physiques, à l'exclusion de (2) :

ATTENTION ! un rappel de moins de 5 ans pour le vaccin antitétanique injectable et le vaccin antipoliomyélétique et antidiptérique (DTP) (de préférence buccale) est OBLIGATOIRE. Les candidats ne remplissant pas ces conditions ne pourront être acceptés.

Fait à _____

Signature :

Le __ / __ / __ __

(1) Rayer les mentions inutiles

(2) Mentionner les activités contre-indiquées ou rayer : « à l'exclusion de »

8. Autorisation de droit à l'image

Je soussigné(e) _____, Père, Mère de _____

Dans le cadre de la mise en ligne d'articles, de photos et reportages sur les sites internet, réseaux sociaux et publications papier de la CMCAS.

Autorise la CMCAS Haute Bretagne à utiliser les photos prises, lors de l'activité, sans limitation de durée, ni autres formalités préalables.

N'autorise pas.

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait à _____

Signature :

Le __ / __ / __ __

Cette fiche, destinée au directeur du séjour, est à remettre, dûment remplie à votre CMCAS, ou à votre SLV dans les délais indiqués par celles-ci.

En cas de frais médicaux engagés par la CMCAS lors du séjour de votre enfant, vous devrez rembourser préalablement la CMCAS en échange de la feuille de soins.