

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

NON

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 antipoliomyélitique et antidiphtérique (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.