

7. AUTORISATION PARENTALE LEGALEMENT OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) Père, Mère ⁽¹⁾ déclare autoriser ma fille, mon fils, ma ou mon pupille⁽¹⁾

NOM : _____ Prénom : _____

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 antidiphthérique (DTP) (de préférence buccale) est OBLIGATOIRE. Les candidats ne remplissant pas ces conditions ne pourront être acceptés.

Fait à _____

Le ___ / ___ / _____

Signature :

(1) Rayer les mentions inutiles

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

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.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON - Cruseilles

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant (convoyages inclus). Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.



1. ENFANT

Nom																				
Prénom																				

Photo datant de moins d'un an

OBLIGATOIRE

Sexe	Garçon		Fille	
------	--------	--	-------	--

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Poids de l'enfant : _____ Kg Taille : _____ cm

Tour de tête : _____ cm Pointure : _____

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

2. OUVRANT DROIT

IDENTIFICATION DE L'AGENT																			
Nom																			
Prénom																			

N°CMCAS	N°SLV
3 3 5	

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

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° de téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de tél. portable :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mail : _____ @ _____

N° de sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date et cachet de la CMCAS

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Angine		Asthme		Coqueluche		Oreillons		Otite			
oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme		Rougeole		Rubéole		Scarlatine		Varicelle			
oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

Votre enfant porte -t -il des :

	oui	non
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 noms et adresse)

Consultation ou visite du médecin en cours de séjour

Nom du médecin : _____

Tel : _____ Date de l'examen : _____

Diagnostic : _____

Traitement : _____

Résultats des examens complémentaires _____

Résultats des radiographies : _____

Consultation ou visite du médecin en cours de séjour

Nom du médecin : _____

Tel : _____ Date de l'examen : _____

Diagnostic : _____

Traitement : _____

Résultats des examens complémentaires : _____

Résultats des radiographies : _____

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.