

# 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 : \_\_\_\_\_  
Sexe : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Poids : \_\_\_\_ Kg Taille : \_\_\_\_ cm Tour de tête : \_\_\_\_ cm Pointure : \_\_\_\_  
Niveau de ski ESF (voir tableau joint) :  
L'enfant a-t-il des allergies (préciser les contre-indications) ?  
\_\_\_\_\_

Photo  
datant de moins  
d'un an

**OBLIGATOIRE**

## 2. OUVRANT DROIT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N°CMCAS	N°SLV
3	3 5

## 3. RESPONSABLE LEGAL 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 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 : (rayer la mention inutile)

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

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

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

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééductions ...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )

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 MEDICALES OU SANITAIRES FAITES EN COURS DE SEJOUR**

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

## **7.AUTORISATION PARENTALE LEGALEMENT OBLIGATOIRE**

Je soussigné(e) Père, Mère<sup>(1)</sup> déclare autoriser ma fille, mon fils, ma ou mon pupille<sup>(1)</sup> :

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<sup>(2)</sup> :

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 \_\_\_\_\_  
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.

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.

## **8.AUTORISATION DE DROIT A 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.

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 \_\_\_\_\_  
Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :