

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 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

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 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 ⁽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 antipoliomyélique 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 »

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 _____

Signature :

Le __ / __ / ____