

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p>1 - ENFANT</p> <p>NOM :</p> <p>PRENOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos					
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac				MONOTEST	
Prévenar					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...
 PRECISEZ.

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :

.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
 COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

LES FIN'AUDS
 PLANET'JEUNES 300 ROUTE DES VERNES
 73420 DRUMETTAZ CLARAFOND
 Tél. : 04-79-63-67-96 Fax : Email : contact@planetjeunes.fr

OBSERVATIONS

.....



Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Sexe :
Date de naissance :

Date inscription :

SANITAIRE

Autorisation d'intervention médicale :
Allergie : Médicamenteuse (O/N) :
Spécificités Alimentaires :

Médecin traitant :
Allergie : Alimentaire (O/N) :

Ecole :
Autorisation de Rentrer Seul :

Bus Départ (arrêt) :
Autorisation de transport :

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....
.....
.....

RESPONSABLE : Nom :
Date de naissance :
Adresse 1 :
Code postal :

Prénom :
Situation familiale :

Ville :

Tél. Domicile :
Tél. Professionnel :
Email :

Tél. Portable :
N° de poste :

Employeur :

Profession :

N° allocataire CAF :

N° MSA :

Quotient 1 :

PERE : Nom :
Adresse 1 :
Code postal :

Prénom :

Date de naissance :

Ville :

Tél. Domicile :
Tél. Professionnel :

Tél. Portable :
N° de poste :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :
Adresse 1 :
Code postal :

Prénom :

Date de naissance :

Ville :

Tél. Domicile :
Tél. Professionnel :

Tél. Portable :
N° de poste :

Employeur :

Profession :

SPORT :

Nage t'il :

Brevet de Natation :

Je soussigné,....., responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements notifiés ci-dessus, autorise l'utilisation de l'image de mon enfant pour toute publication gratuite nécessaire à la communication de Planèt'Jeunes et atteste avoir pris connaissance de la charte de fonctionnement du centre de loisirs Les Fin'auds et en accepte les conditions.

Fait à Drumettaz-Clarafond, le/...../.....

signature