



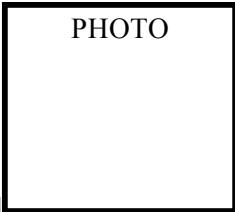
Fiche sanitaire de liaison 2020-2021

Week-ends

Prénom : _____ Nom _____

Date de naissance : _____ Fille [] Garçon []

Régime Sécurité sociale Parents : CPAM [] Autres []



Vaccinations (se référer au carnet de santé),

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
DT Polyo				Autres (précisez)	
Tétracoq				<i>Attention Si l'enfant n'est pas vaccinée joindre le certificat médical de contre indication</i>	
BCG					

Renseignements médicaux (rayez la mention inutile)

Rubéole : oui non	Varicelle : oui non	Angine : oui non	Rhumatisme : oui non	Scarlatine : oui non
Coqueluche : oui non	Otite : oui non	Rubéole : oui non	Oreillons : oui non	Asthme : oui non
Allergies	A quoi ?			
Alimentaires				
Médicamenteuses				
Autres				

ATTENTION : tout traitement préventif d'allergie sera amené par les parents à chaque week-end, dans un contenant marqué au nom de l'enfant, avec protocole établi par le médecin traitant. Le groupe ne conservera aucun traitement à l'année dans sa pharmacie de secours. Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir, (si automédication le signaler) :

.....
.....
.....
.....

L'enfant suit-il un traitement ? Oui [] Non []

Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants, dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant.

Recommandations utiles des parents

*L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui [] Non [] Occasionnellement []
*L'enfant est-elle réglée Oui [] Non []
*L'enfant porte-il : Des lunettes [] Des lentilles []
Des prothèses auditives [] Des prothèses dentaires []
* L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? (maladies, hospitalisation, convulsions, rééducation). Précisez les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....

Autorisation de soins médicaux

A remplir impérativement de façon lisible. En l'absence de ce document, votre enfant ne pourra être accueilli.

Nom Prénom _____ Mère [] Père [] Tuteur []

Adresse _____

Tel travail _____ Tel domicile _____ Portable _____

N° Sécurité sociale _____

Nom Prénom _____ Mère [] Père []

Adresse _____

Tel travail _____ Tel domicile _____ Portable _____

N° Sécurité sociale _____

En mon absence prévenir :

Nom Prénom _____ Lien de parenté _____

Tel travail _____ Tel domicile _____ Portable _____

Je soussigné(e) _____, exerçant l'autorité parentale, autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux, qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale, urgente, y compris anesthésie générale, et les conséquences pouvant en être liées, ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toutes autres affections graves, après consultation d'un praticien au mineur.

Nom et Prénom de l'enfant _____ né(e) le _____

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés pour mon compte.
Je certifie sincère les renseignements portés ci- dessus.

Fait à _____ Le _____

Signature