



Fiche sanitaire de liaison

Cet imprimé est à remplir et A RENVoyer IMPERATIVEMENT A L'ORGANISATEUR DU SEJOUR au minimum une semaine avant le début du séjour, ou exceptionnellement à remettre au directeur dès votre arrivée, dernier délai !
EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCUEILLI SUR LE SEJOUR.

PHOTO

**CAMP ETE Marseille Huveaune
Bollène (84)
Toutes branches 14/07 au 29/07/2023**

Tel du parent le plus joignable : _____

VACCINATIONS ([joindre les photocopies des pages concernées du carnet de santé](#))

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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.

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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	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 MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

Tout traitement préventif d'allergie, ou d'urgence, sera fourni par les parents dans un contenant marqué au nom de l'enfant, avec protocole établi par le médecin traitant, à date valable, soit moins de 3 mois à la date de début de camp (au plus ancien : 30 AVRIL 2023)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI Occasionnellement NON

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

Consignes particulières _____

Recommandations utiles des parents

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

.....
.....

Autorisation de soins médicaux

A remplir par les parents. **En l'absence de ce document, votre enfant ne pourra pas être accueilli sur le séjour.**

Je soussigné _____

(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____ Tél. portable _____

N° de Sécurité Sociale _____ Tél. domicile _____ Tél. bureau _____

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 toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur

NOM _____ Prénom _____

Né(e) le _____ Sexe _____

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :

NOM _____ Lien de parenté _____

Adresse _____ Tél. portable _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____ Tél. domicile _____ Tél. bureau _____

=> Je fournis un chèque libellé au nom du groupe EEDF Marseille-Huveaune de 50€ pour couvrir les éventuels premiers frais médicaux. Ce chèque ne sera pas encaissé, sauf si la prise en charge directe n'est pas possible, ou si des médicaments et soins supplémentaires doivent être avancés par le groupe.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à _____ le _____

Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")