



Fiche sanitaire de liaison

NOM _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Cet imprimé est à remplir et A RENVoyer IMPERATIVEMENT A L'ORGANISATEUR.
EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCUEILLI.

ACTIVITES D'ANNEE ET TOUT SEJOUR 2020 - 2021

Certificat Médical

Je soussigné, Docteur _____

Certifie que Melle, M _____ né(e) le _____ à _____

Ne présente à ce jour aucun danger de contagion, et est médicalement apte à la vie collective et à la pratique des activités suivantes * :

 Arts du cirque

 Equitation

 Escalade – Escal'arbre

 Multisports

 VTT – VTC

 Ski alpin - Snowboard

** Rayer les activités contre-indiquées*
 Spéléologie

 Sports collectifs

 Nautisme – Voile

 Autres :

 Canyoning

 Randonnée pédestre

Date Cachet et Signature

du médecin

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

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

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE 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 ?

RUBEOLE	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)

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À 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 PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

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

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 _____ Pays _____ Tél. portable _____

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

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

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

Fait à _____ le _____

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