



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
2019**

1 – ENFANT

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

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

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

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.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 déjà eu les maladies suivantes?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

Allergies: **ASTHME** oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MEDICAMENTEUSES** oui non
AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

Indiquez ci-après:

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Observations diverses:

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date:

Signature:

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

4 - REGIME ALIMENTAIRE

- Repas standard
- Repas de substitution (sans viande)

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc. PRÉCISEZ :

.....
.....

Facultatif : NOM et tél. du médecin traitant :

6 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM - Prénom	
Adresse	
Titulaire de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON >> si non joindre attestation de délégation de la part du responsable
Téléphone domicile	
Téléphone mobile mère	
Téléphone mobile père	
Profession > mère	
Profession > père	
Sécurité sociale	n°
Assurance (Nom et n°)	
Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (+ tél)	

Carte de membre 2019 / 2020 : (valable du 1/07/19 au 30/06/20)	<input type="checkbox"/> - de 16 ans (5 €) <input type="checkbox"/> de 16 à 25 ans (5 €) <input type="checkbox"/> + de 25 ans (10 €) <input type="checkbox"/> Famille (15 €)	Activité : _____
Bon C.A.F. (du Haut-Rhin)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	N° allocataire : _____
Droits à l'image : J'autorise le CSC PAX à faire usage, pour ses documents de communication internes et externes de mon : <input type="checkbox"/> Image <input type="checkbox"/> Son <input type="checkbox"/> Voix <input type="checkbox"/> Journaux <input type="checkbox"/> Réseaux Sociaux <input type="checkbox"/> NON		
Conforme à l'article 9 du Code Civil (CNIL loi n°=78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés avec le Règlement général sur la protection des données (RGPD) du 27 avril 2016 directement applicable dans tous les pays européens depuis le 25 mai 2018 .		

Je soussigné : NOM – Prénom, **père, mère, responsable légal** ou responsable temporaire en précisant le lien de parenté (barrer les mentions inutiles) **de l'enfant : NOM – Prénom :** déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :