

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche, éditée par la Ministère de la Jeunesse et des Sports, inscrite au Code de l'Action sociale et des Familles, permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Il vous est demandé de remplir cette fiche avec précision – l'intégralité des renseignements peuvent nous être très précieux. Les renseignements portés sur cette fiche sont strictement confidentiels et ne seront utilisés que par le Directeur du séjour ou l'animateur en charge du suivi de votre enfant, si nécessaire.

• VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccinations de l'enfant ou fournir les photocopies

**SEJOUR SKI aux Contamines
DU 18 AU 26 FEVRIER 2017**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

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.

• MEDECIN TRAITANT

Veillez préciser les coordonnées de votre médecin :

Dr

Adresse

Tel :

• VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

• ALLERGIES :

ASTHMES

Oui Non

MEDICAMENTEUSES

Oui Non

Précisez :

ALIMENTAIRE

Oui Non

AUTRES

Oui Non

Précisez :

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

.....

.....

.....

- **VEUILLEZ INDIQUER** : Les **DIFFICULTES DE SANTE** (maladie – accident – crises convulsives – hospitalisation – opération – rééducation) en précisant les dates et les **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

.....

- **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** : Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires – **NOTIFIER EGALEMENT LES RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES** (régime – contre indications – religieux -) ... etc... Précisez ...

.....

CERTIFICAT D'EXAMEN MEDICAL

Je soussigné (e),

Docteur

Certifie avoir examiné

M.

domicilié(e)

.....

et (prière de mettre une croix dans les cases prévues à cet effet)

n'avoir décelé aucune **affection physique, infectieuse ou mentale** incompatible avec l'accueil de mineurs.

avoir recherché des signes évocateurs de la tuberculose

avoir procédé au contrôle des vaccinations obligatoires et recommandées (DT.polio, Hépatite B, R.O.R.).

ne présente aucune contre indication aux activités physiques et sportives, y compris activités physiques intensives et sports de glisse (ski, snowboard...).

○ indiquer le nombre de cases cochées

Fait à, le

Cachet et signature du médecin

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL

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 – anesthésie...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Date :

Signature