

Année 201... - 201...

Année 201... - 201...

Année 201... - 201...

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT OU L'ADOLESCENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Adresse :

Classe : Etablissement :

Personnes à joindre en cas d'urgence :

-Nom : Téléphone :

-Nom : Téléphone :

-Nom : Téléphone :

Médecin traitant : Nom :

Adresse : Téléphone :

.....

Personnes habilitées à venir chercher votre enfant en votre absence :

-Nom : Téléphone :

-Nom : Téléphone :

L'enfant est-il autorisé à :

- A venir seul au centre ? OUI NON
- A quitter seul le centre ? OUI NON

Autorisez-vous le Service Jeunesse à prendre en photo votre enfant durant les activités du Centre de Loisirs ? OUI NON

PERE

MERE

Nom : Prénom :

Tél. Domicile : Tél. Travail :

Portable : Adresse :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

N° CAF :

Nom, prénom du représentant légal :

N° Sécurité Sociale :

Adresse du centre payeur :

.....

Assurance responsabilité Civile n° :

Nom et Adresse de la Compagnie :

* Si les renseignements demandés ne sont pas identiques à ceux du père



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON [] FILLE []

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :
CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

Table with 4 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomylite, Ou Dt Polio, 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.

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

Form with multiple-choice questions for various diseases: RUBÉOLE, COQUELUCHE, ALLERGIES, ASTHME, etc.

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui [] non []
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui [] non []

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :
NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : [] DE LA CMU [] D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%
Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : []

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES