



Fiche sanitaire de liaison

NOM _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Cet imprimé est à remplir et à remettre au/à la directeur-ice au premier Week-End !
Il permet de recueillir des informations utiles à l'équipe d'animation pour qu'elle puisse accompagner au mieux votre enfant.
Les informations suivantes ne seront pas divulguées hors de l'équipe d'animation.

SEJOUR

ACTIVITES pour l'année

— EEDF Saint Cyprien

VACCINATIONS (joindre les photocopies du carnet de santé et/ou des certificats de vaccination)

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 VOUS N'AVEZ PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ 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.....

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné.e _____ (nom et prénom du responsable légal) autorise les EEDF à utiliser pour de la communication les photos réalisées sur lesquelles mon enfant figure

Fait à _____ le _____ Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE. EN CAS D'ALLERGIE, PRÉCISER DE QUEL TYPE LA MARCHE À SUIVRE.

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

Recommandations utiles

PORT DE LENTILLES, LUNETTES, PROTHÈSES AUDITIVES, PROTHÈSES DENTAIRES, RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER, PHOBIES, PIPÍ AU LIT, ETC...
EN CAS D'INTOLÉRANCE ALIMENTAIRE, MERCI DE PRÉCISER CE QUI EST À ÉVITER ABSOLUMENT ET CE QUI EST TOLÉRÉ

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

Autorisation de soins médicaux

RESPONSABLE DE L'ENFANT : NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE. _____

TÉLÉPHONE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).. _____

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

Fait à _____ le _____

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