|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | 1. **ENFANT :**   NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PRÉNOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  GARÇON FILLE  CONTACT TEL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ALLERGIES : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TRAITEMENT MEDICAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CERTIFICAT de NATATION : OUI NON  BOURSIER : OUI NON |

**DATES ET LIEU DU SÉJOUR : Du dimanche 10 juin au samedi 16 juin 2018**

**au Centre activité de la Province Sud à Poé**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L’ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

1. **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VACCINS | OUI | NON | DATE DU DERNIER RAPPEL |
| HEPATITE |  |  |  |
| TETANOS |  |  |  |
| BCG |  |  |  |
| AUTRES |  |  |  |

L’enfant suit-il un traitement médical pendant le camp ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d’origine, marquées au nom de l’enfant avec la notice. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| RUBEOLE |  |  |
| COQUELUCHE |  |  |
| VARICELLE |  |  |
| RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU |  |  |
| ROUGEOLE |  |  |
| OREILLONS |  |  |
| ANGINE |  |  |

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON

AUTRES : OUI NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’ENFANT EST-IL ASTHMATIQUE ? OUI NON

ÉPILEPTIQUE ? OUI NON

DIABETIQUE ? OUI NON

INDIQUEZ CI APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, RÉÉDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC… PRÉCISER.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’ENFANT SAIT-IL NAGER ? PAS DU TOUT UN PEU BIEN TB

1. **RESPONSABLES (PARENTS) DE L’ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse des parents pendant le séjour**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**adresse électronique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **AUTORISATIONS**

*Je soussigné, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ responsable légal de l’enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

☐ *autorise* ☐ *n’autorise pas la prise de photos ou de film de mon enfant dans le cadre du camp, et la publication de ces photos ou films sur le site internet de l’Association en tenant compte des règles en matière de respect de la personne.*

☐ *autorise* ☐ *n’autorise pas mon enfant à participer aux activités sportives*

☐ *autorise* ☐ *n’autorise pas mon enfant à participer aux baignades surveillées*

☐ *autorise le transport de mon enfant en véhicule de service et car de location*

☐ *autorise l’équipe d’animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie générale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant. Ceci suivant les prescriptions d’un médecin et/ou un service d’urgence, seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.*

☐ *déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.*

*v*

Date :

# Association

# Jeunesse en Couleur



Signature :