

**Fiche sanitaire de liaison**

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.



Enfant Filles Garçon Date de naissance

Nom Prénom

Adresse

Mail

Association sportive représentée :

Collège représenté :

NOM DE L'EQUIPE :

Equipiers : 1 2 3

Accueil Raid Aventure Du 15 au 20 avril 2019
Adresse : Mairie de Châtellerault
78 bd Blossac CS 10619 - 86106 Châtellerault

I – Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | Dernier rappel | | Vaccins recommandés | Date | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non | | Oui | Non |
| Diphtérie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hépatite B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rubéole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poliomyélite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coqueluche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ou DT Polio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres (préciser) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ou Tétracoq | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| B.C.G | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| Rubéole | | Varicelle | | Angine | | Scarlatine | | Coqueluche | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <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"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Otite | | Rougeole | | Oreillons | | Rhumatisme articulaire aigu | | | |
| <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"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Allergies Médicamenteuses | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Asthme | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |
| Alimentaires | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Autres | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

III - Recommandations utiles

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

IV - Responsable légal de l'enfant

Nom Prénom

Adresse pendant le séjour

Tél. domicile Travail Portable

Nom médecin traitant Téléphone

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 (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :