

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CEITE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE : / /

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		/ /
Du DT coq		/ /
Du Tétracoq		/ /
D'une prise polio	RAPPELS	/ /

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS
1 ^{er} VACCIN	/ /		/ /	
REVACCINATION	/ /	1 ^{er} RAPPEL	/ /	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
		/ /
		/ /

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / /

..... / /

..... / /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUI-T-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, NOUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 SI L'ENFANT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT
 NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : N° DE TEL : DOMICILE : BUREAU :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :
 Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (trajets médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
 DATE : signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR
 LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'organisme (siège social)

ARRIVEE LE / / DEPART LE / /
 OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

.....

.....

MJC Chemin Vert, 1 rue d'Isigny 14000 CAEN

Autorisations parentales

Je soussigné(e)

Nom Prénom : _

Père Mère Tuteur légal

N° Sécurité sociale (dont dépend l'enfant) : _

N° CAF : _

Médecin traitant : _

Tél. : _

Avertissement : L'inscription d'un enfant sur le Centre de loisirs sur une journée ou plus est un engagement. Elle nous permet de prévoir le nombre d'animateurs nécessaires au bon fonctionnement du centre, ainsi que la commande des repas. Toute absence non prévenue (48h à l'avance) ou non justifiée (certificat médical) sera facturée.

Ayant pris connaissance du fait qu'en dehors des périodes précises d'ouverture et de fonctionnement du centre (avant 7h30, après 18h30), l'encadrement de l'enfant n'est pas assuré.

Fait à Caen le, _ / _ /20_

Signature

Autorise	N'autorise pas	Mon enfant à :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Soins</u> : faire prodiguer d'urgence tous les soins ou actes chirurgicaux nécessaires, par les services compétents (Médecin, pharmacien, infirmier, hôpital, clinique)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Hospitalisation</u> : quitter l'hôpital ou la clinique en présence du directeur du centre de loisirs.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Baignade</u> : se baigner à la piscine ou à la mer, sous la surveillance de nos animateurs.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Transport</u> : être transporté dans les véhicules de la MJC du Chemin Vert (assurés à la MAIF), ou par tout transporteur de passagers engagé par la MJC ou la Mairie de Caen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Trajet domicile/MJC</u> : à effectuer seul le trajet domicile/MJC (en cas d'exception, nous donner une autorisation écrite et signée)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Droit à l'Image</u> : être filmé ou photographié dans le cadre de nos activités du centre de loisirs. Cette image pourra être exposée dans nos locaux ou utilisée dans nos outils de communication.