FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

TAILLE : _____ POIDS : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

SÉJOUR DU 25 AU 30 AVRIL 2022 – ASSOCIATION OSADOC

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DU RESPONSABLE LÉGAL : …… CAISSE : ……

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres vaccins (préciser) : ……	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui ❑ non ❑ (Si Oui, lequel ? ……...)

Si oui, remettre dans les bagages de l'enfant **le traitement dans son emballage d'origine** (avec la notice), **marqué au nom de l'enfant** (avec posologie et horaires notés sur chaque boîte) et **accompagné de l'ordonnance** la plus récente, le tout placé **dans une pochette au nom de l'enfant.**

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINES OUI ☐ NON ☐	RHUMATISMES OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITES OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	ASTHME OUI ☐ NON ☐

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

AUTRES (animaux, plantes, pollen…) : ……..

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES ÉVOCATEURS ET LA CONDUITE À TENIR.

P.A. I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours oui ❑ non ❑ (joindre le protocole et toutes informations utiles).

……..

……..

……..

En renseignant ce document, vous acceptez le traitement interne fait par l'association des données personnelles transmises, conformément aux dispositions protectrices prévues par la loi 2018-493 du 20 juin 2018, relative à la protection des données personnelles (RGPD). Vous avez la possibilité d'obtenir ces données, de demander leur rectification ou leur suppression. N'hésitez pas à nous contacter. L'association s'engage à ne pas diffuser vos données personnelles en dehors de sa stricte utilisation interne.

INDIQUEZ ICI LES AUTRES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales, rééducation) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

……

……

……

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES **(à renseigner obligatoirement).**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ❑ non ❑

DES LUNETTES : oui ❑ non ❑ au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant.

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ❑ non ❑ au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant.

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ❑ non ❑ au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui ❑ non ❑ occasionnellement ❑

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? oui ❑ non ❑

L'ENFANT SUIT-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE ? oui ❑ non ❑

SI OUI, PRÉCISEZ ……..

AUTRES RECOMMANDATIONS. PRÉCISEZ (ex : protection solaire, difficultés de sommeil, etc…)

……

……

4 – AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ❑ non ❑
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui ❑ non ❑
Autorisation de transport en véhicule de service ou autocar réservé par l'association : oui ❑ non ❑

5 – RECOMMANDATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LE COMPORTEMENT DE L'ENFANT

Si votre enfant présente des troubles comportementaux, il est indispensable que vous nous les fassiez connaître et corrélativement, les protocoles mis en œuvre pour y faire face. L'association entend, en effet, nouer des relations de confiance avec les responsables de l'enfant. Il en va de son accueil et de son accompagnement durant le séjour.

……
……
……

6 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (Pendant le séjour) .....

.....

TÉL. FIXE : ..... PORTABLE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT.....

Je soussigné(e), ... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le directeur du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :

En renseignant ce document, vous acceptez le traitement interne fait par l'association des données personnelles transmises, conformément aux dispositions protectrices prévues par la loi 2018-493 du 20 juin 2018, relative à la protection des données personnelles (RGPD). Vous avez la possibilité d'obtenir ces données, de demander leur rectification ou leur suppression. N'hésitez pas à nous contacter. L'association s'engage à ne pas diffuser vos données personnelles en dehors de sa stricte utilisation interne.