

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Classe de mer – Séjour du 9 au 14 juin 2014
La maison Fleurie - ERQUY

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : Fille Garçon

ECOLE : CLASSE : CP / CE1 / CE2

1. VACCINATIONS

Fournir une photocopie du carnet de santé ou certificats de vaccination.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (diphtérie, tétanos, poliomyélite ou DT polio ou Tétracoq), joindre un certificat médical de contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

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

- Asthme : oui non

- Allergies médicamenteuses : oui non

Si oui, lesquelles :
.....
.....

- Allergies alimentaires : oui non

Si oui, lesquelles :
.....
.....

- Autres allergies :

- Autres difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, opération...) et les précautions à prendre :

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non

L'enfant doit-il respecter un régime alimentaire sans porc ? oui non

L'enfant porte-t-il des lunettes ? oui non

L'enfant a-t-il un appareil dentaire ? oui non

Autres informations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT PENDANT LE SEJOUR

**Fournir une photocopie de l'attestation de carte vitale ou une attestation CMU.
Fournir une attestation de Mutuelle ou de CMU Complémentaire.**

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

.....

.....

5. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

Précisez si vous êtes : le père / la mère / le tuteur / la tutrice / autre :

Adresse pendant le séjour :

.....

.....

☎ domicile : ☎ portable :

☎ travail : ☎ portable :

Surlignez le numéro à utiliser en priorité en cas d'urgence.

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale éventuellement sous anesthésie générale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels ; à prendre à ma charge les suppléments dus à un retour individuel ainsi que les frais d'accompagnement en cas de retour anticipé de l'enfant.

Date :

Signature :