FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CENTRE : . . . . . .

SÉJOUR DU . . . . . AU . . . . . .

Cette fiche doit nous être obligatoirement retournée **avec le bulletin d'inscription**. Ne dissociez jamais les deux documents.
Remplissez cette fiche avec le plus grand soin : elle est indispensable pour un bon suivi sanitaire.

NOM du PARTICIPANT : . . . . . PRÉNOM : . . . . . .

Né(é) le . . . . / . . . . / . . . . . Âge : . . . . Poids : . . . . kg Sexe : ❑ Masculin ❑ Féminin

Coordonnées des parents (Nom, Prénom, adresse) : . . . . . .

. . . . . Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Bureau : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

VACCINATIONS

Merci de fournir une copie de son carnet des vaccinations.
Si l'enfant n'est pas vacciné, pour quelles raisons ? . . . . . .
Joindre le certificat médical de contre-indication (attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

❑ ANTI-TÉTANIQUE - Date de la dernière injection : . . . . . .

AUTRES : (indiquez la nature et la date) . . . . . .

MALADIES - ALLERGIES

L'enfant a-t-il déjà eu :

❑ RUBÉOLE ❑ VARICELLE ❑ ANGINES ❑ RHUMATISMES
❑ SCARLATINE ❑ OTITES ❑ COQUELUCHE ❑ ROUGEOLE
❑ OREILLONS ❑ CONVULSIONS ❑ AUTRE(s) : .....

ALLERGIES : ❑ OUI ❑ NON
ASTHME : ❑ OUI ❑ NON **ALIMENTAIRES** : ❑ OUI ❑ NON **MÉDICAMENTEUSES** : ❑ OUI ❑ NON
AUTRES : . . . . . .
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si l'enfant a l'habitude de prendre lui-même ses médicaments, le signaler)
. . . . . .
. . . . . .

INTERVENTIONS CHIRURGICALES - HOSPITALISATIONS

APPENDICITE : ❑ OUI ❑ NON AUTRES OPÉRATIONS : . . . . . .

RÉÉDUCATION : . . . . . .

HOSPITALISATIONS (dates et motifs) . . . . . .

REGIME ALIMENTAIRE / ETAT DE SANTE

RÉGIME ALIMENTAIRE : ❑ Menu classique ❑ Menu sans porc ❑ Menu végétarien (sans viande)

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? ❑ RÉGULIÈREMENT ❑ OCCASIONNELLEMENT

Dans l'affirmative, ajouter au trousseau : 1 alaise et 2 pyjamas supplémentaires.

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? : ❑ OUI ❑ NON - Si oui, RÉGULIÈREMENT ? : ❑ OUI ❑ NON

Urines : Albumine : ❑ OUI ❑ NON Sucre : ❑ OUI ❑ NON

L'enfant suit-il un traitement ? ❑ OUI ❑ NON Si oui, lequel . . . . . .

DEVRA-T-IL SUIVRE UN TRAITEMENT 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 avec la notice) AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

L'ENFANT VIENDRA-T-IL AU CENTRE AVEC :

❑ UNE PROTHÈSE DENTAIRE. Si oui, quand doit-il la porter ? . . . . . .

❑ DES LUNETTES. Si oui, quand doit-il les porter ? . . . . . .

❑ Autres. . . . . .

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Ces renseignements sont strictement confidentiels. N'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant, pendant son séjour :

Je déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire. Je laisse toute latitude au directeur du séjour de faire pratiquer, sur décision du corps médical, tout traitement ou intervention chirurgicale rendus nécessaires par l'état de santé de mon enfant. J'autorise mon fils, ma fille à rentrer ou sortir de l'établissement médical (hôpital, clinique ou autre) avec le responsable accompagnant de l'encadrement du centre de vacances.

À . . . . . Le . . . . . .

Signature obligatoire
précédée de la mention "Lu et Approuvé"

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Les Compagnons des Jours Heureux pour l'organisation des séjours de vacances. Elles sont conservées pendant 3 ans et sont destinées pour le besoin de fonctionnement d'un centre de vacances. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : C.J.H. - Service RGPD - 26 rue Jean Jaurès - B.P. 60882 - 78108 Saint-Germain-en-Laye / contact.rgpd.cjh@compagnons.asso.fr

IMPORTANT : Ne remettez jamais à votre enfant l'original du carnet de santé. Si vous le jugez utile, joignez-en une copie à la présente fiche sanitaire.
ATTENTION : Toute information médicale non transmise en amont, qui mettrait en difficulté l'équipe pédagogique et nécessitera la mise en place en urgence d'un animateur supplémentaire ou le retour du jeune au domicile, entrainera des frais supplémentaires facturés directement aux responsables légaux, correspondant à 100 % des frais engagés.

Bureaux : 26 rue Jean-Jaurès - B.P. 60882 - 78108 SAINT-GERMAIN-EN-LAYE CEDEX - Téléphone 01 39 73 41 41
www.compagnons.asso.fr - cjh@compagnons.asso.fr