

ASSOCIATION GRAIN DE SEL
ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS
ACTIVITES ET SEJOURS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019-2020

Cette fiche destinée aux responsables de la structure d'accueil résume les renseignements concernant la santé de votre enfant ou adolescent.

1- ENFANT OU ADOLESCENT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / / SEXE : M F

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et nécessité de fournir la photocopie des vaccins)

DESCRIPTIF	NOM DU VACCIN	DATE DU
DIPHTERIE + TETANOS + COQUELUCHE + POLIO	<input type="checkbox"/> Infanrix <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Boostrix <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Repavax <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tetravax	
DIPHTERIE + TETANOS + POLIO	<input type="checkbox"/> DT polio <input type="checkbox"/> Revaxis <input type="checkbox"/>	
TETANOS SEUL	<input type="checkbox"/> Tetravax	
POLIO SEUL	<input type="checkbox"/> Imovax polio	
TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Monovax	
HEPATITE B	<input type="checkbox"/> Engérix <input type="checkbox"/> Enhevac <input type="checkbox"/> HB vax	
ROUGEOLE/OREILLONS/RUBEOLE	<input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> Priorix	

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

3- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SA SANTÉ

Problèmes de santé antérieurs (*maladies, hospitalisations, opérations, accidents.....*) :

DESCRIPTIF	DATE

Problèmes de santé actuels :

.....

.....

L'enfant ou adolescent suit-il un **traitement médical** durant sa présence au centre de loisirs ou durant le séjour ? OUI NON

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

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

L'enfant ou adolescent est-il allergique ? OUI NON

Si oui à quoi : (alimentaires*, médicamenteuses, insectes, soleil...)

.....
.....

Conduites à tenir et/ou précautions à prendre :

.....

***EN CAS D'ALLERGIE ALIMENTAIRE AVERÉE FOURNIR LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ (PAI)**

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant ou adolescent porte-il des lunettes, lentilles, diabolos, prothèses auditives, appareil dentaire, etc.

.....
.....
.....

Si c'est une fille est-elle réglée ? OUI NON

A-t-il (elle) des problèmes d'énurésie ? OUI NON

5- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant/adolescent à participer aux activités physiques et sportives OUI NON

J'autorise mon enfant/adolescent à participer aux baignades surveillées OUI NON

Autorisation de transport dans le véhicule de l'association (9 places), ou véhicules des salariés et/ou accompagnateurs bénévoles (courts trajets), ou car de location OUI NON

6- RESPONSABLES DE L'ENFANT/ADOLESCENT

NOM et Prénom	ADRESSE	TELEPHONE

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant, assure l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (appel au 15, hospitalisation.....)

DATE :

SIGNATURE :