

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFAN N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR 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	DATES	DATES
1 ^{er} VACCIN	VACCIN	VACCINS
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
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"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	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 SUIT-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
 S'IL S'AGIT 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 (traitements 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)

.....

.....

.....

AUTORISATION PARENTALE
SECTEUR « ENFANCE JEUNESSE »

Je soussigné (e),, représentant légal de l'enfant.....

Accepte de recevoir la fiche d'inscription (le programme) pour chaque période par email :

Autorise N'autorise pas

L'association Polysonnance à photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre de ses activités associatives sur l'année en cours :

Site internet,

Blog,

Plaquette annuelle,

Communication événementielle (Assemblée Générale, manifestations culturelles...).

Cette autorisation est permanente mais à tout moment, vous avez la possibilité d'interdire momentanément ou définitivement les images de votre enfant. Vous devrez indiquer votre décision dans un courrier adressé au président de l'association Polysonnance.

Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par le secteur Enfance Jeunesse.

Autorise les personnes ci-dessous à récupérer mon ou mes enfants :

Nom Téléphone : _/_/_/_/_/_

Nom Téléphone : _/_/_/_/_/_

Nom Téléphone : _/_/_/_/_/_

Nom Téléphone : _/_/_/_/_/_

Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à l'issue de l'activité

Je déclare avoir pris connaissance et approuver le fonctionnement du secteur Enfance Jeunesse de Polysonnance.

Fait à Le

Signature

FICHE RENSEIGNEMENT SUR LA FAMILLE

Situation de famille : vie maritale Mariés séparés veuf (ve)

Nombre d'enfants à charge :

Etes-vous ressortissant : CAF MSA Autre

Numéro allocataire :

