



Fiche sanitaire de liaison

Séjour de vacances à la neige

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant : fille garçon Date de naissance :
Nom : Prénom :
Adresse :

Accueil : séjour de vacances Dates du séjour : du 24/02/2024 au 03/03/2024

Adresse : Centre de Vacances Les Gentianes
723 route des Crozats, 74420 Villard

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq				B.C.G.			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

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

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : Médicamenteuses oui non Asthme oui non
Alimentaires oui non Autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Régime alimentaire spécifique : oui non

Si oui :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

L'enfant sait-il nager ? Oui Non

L'enfant sait-il skier ? Oui Non

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile :

travail :

portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date : Le 24/02/2024

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur : Mairie de RINXENT pas de calais FRANCE

Observations :