

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**1- ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

 GARÇON     FILLE 

DATE ET LIEU DU SEJOUR : Lundi 21 août au vendredi 25 août 2023. Camping du Lac de Vioreau, route de la Forêt, 44440 Joué sur Erdre.

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**2- VACCINATIONS** *(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).*

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
	OUI	NON			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

 SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

**3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

 L'enfant sui-il un **traitement médical** pendant le séjour ?    oui     non 
**Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants *(boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)*

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :**    ASTHMES    OUI     NON     MEDICAMENTEUSES    OUI     NON   
                          ALIMENTAIRES    OUI     NON     Autres \_\_\_\_\_

**PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC.... PRECISEZ.

**5- RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

N° Tél \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_

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.

**J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités.**

J'autorise le transport en car et en voiture de mon enfant pour les activités prévues durant le séjour.

J'autorise la diffusion sur document ou site internet de photos prises en cours de randonnée.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature :

**COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR**

**COMITE REGIONAL D'EQUITATION DES PAYS DE LA LOIRE**

**Tel : 02.41.32.84.58**

**Mail : secretariat@paysdelaloire.ffe.com**