



Fiche sanitaire de liaison

NOM : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Garçon Fille

EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCUEILLI SUR LES ACTIVITES.

ANNEE 2020-2021

VACCINATIONS (ou photocopie du carnet de vaccination JOINTE)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT ENTOUREZ LES BONNES REPNSES

L'enfant suit-il un traitement médical 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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI 5 NON 5	OUI 5 NON 5	OUI 5 NON 5	OUI 5 NON 5	OUI 5 NON 5
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI 5 NON 5	OUI 5 NON 5	OUI 5 NON 5	OUI 5 NON 5	

ALLERGIES : ASTHME oui 5 non 5 MEDICAMENTEUSES oui 5 non 5
 ALIMENTAIRES oui 5 non 5 AUTRES.....

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

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI Occasionnellement NON

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

Consignes particulières _____

Recommandations utiles des parents

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

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

Autorisation de soins médicaux

A remplir par les parents. **En l'absence de ce document votre enfant ne pourra pas être accueilli sur les activités.**

Je soussigné _____

(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____ Tél. portable _____

N° de Sécurité Sociale _____ Tél. domicile _____ Tél. bureau _____

Autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur

NOM _____ Prénom _____

Né(e) le _____ Sexe _____

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :

NOM _____ Lien de parenté _____

Adresse _____ Pays _____ Tél. portable _____

Code postal _____ Ville _____ Tél. domicile _____ Tél. bureau _____

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Autorisation de conservation des données personnelles

- En cochant cette case, j'autorise le groupe EEDF Lyon Croix Rousse à conserver une copie numérique du présent document jusqu'au 31 août 2021 conformément au Règlement Général sur la Protection des Données.

La version numérique sera conservée sur le serveur du groupe et accessible aux seuls responsables d'animation.

Cette copie numérique vise à simplifier l'organisation des activités. Le document reste à destination exclusive des services de secours et de l'assistant sanitaire.

Fait à _____ le _____

Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")