



FICHE SANITAIRE



Photo d'identité

Séjour ou lieu d'Accueil : _____

● **ENFANT** Nom : _____ Prénom : _____
Né(e) le _____ Sexe _____ Classe _____
Taille : _____ Poids _____
L'enfant sait-il nager ? oui non

● **FAMILLE** Nom du responsable : _____
Adresse _____
CP _____ Ville _____ Mail _____
Téléphone _____ Portable _____
N°Allocataire CAF _____ ou MSA _____
Situation familiale _____

Vos coordonnées pendant le séjour de l'enfant ou personne à contacter :

_____ Tél _____

▶ Je soussigné(e), M. Mme _____
responsable de l'enfant (nom et prénom) _____
autorise celui-ci à pratiquer toutes les activités physiques et sportives, ainsi que les sorties, prévues lors de son séjour ou sur son temps d'accueil Cigales et Grillons.

▶ Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul ? oui non
Quelles sont les personnes autorisées à venir le chercher ? _____

▶ € J'autorise l'Association Cigales et Grillons à percevoir toute subvention (Département, communes, CAF, CE...) pour les activités dont bénéficie mon enfant.

▶ 📷 J'autorise l'Association à utiliser les photographies ou documents filmés de mon enfant au cours de son séjour/accueil pour expositions, brochures, diaporamas ou tout autre document relatif aux activités de l'association : oui non

▶ 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 :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec des observations éventuelles.

● **VACCINATIONS** (joindre **obligatoirement** la copie du carnet de santé - partie vaccination).

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

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication.
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

● **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : oui non Si oui joindre une ordonnance
L'enfant mouille-t-il son lit _____ oui non occasionnellement
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée _____ oui non

● **L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :**

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

● **ALLERGIES** : Asthme oui non Médicamenteuses oui non
Alimentaires oui non Autres _____
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

● **RÉGIME ALIMENTAIRE** : Sans porc Végétarien Autres _____

● **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, opération etc.) et précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires etc., ainsi que tout autre conseil utile.

● **Observations faites en cours de séjour** - par le médecin _____ par le responsable du séjour _____