



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Pour le bon déroulement du séjour, des informations médicales propres à chaque enfant doivent être portées à la connaissance de l'équipe d'encadrement.

I. ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sait-il nager ? Oui Non Un peu

Sexe : Masculin Féminin

N° CEJH (enfant en situation de handicap) : _____ Date de validité : _____

II. Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Commune : _____

Quartier : _____ Boîte P. : _____ Code P. : _____

Téléphone : _____ ou _____ ou _____ Email : _____

Téléphone : _____ ou _____ ou _____ Email : _____

N° CAFAT : _____ Nom et N° Mutuelle : _____

N° Aide médicale + date de validité : _____ Date de validité : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tél. : _____

III. Vaccinations et renseignements médicaux :

(Remplir à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Maladies	Dates de vaccination
Hépatite B	
Diphtérie	
Tétanos	
Polio	
Coqueluche	
Hémophilus B	
ROR	
BCG	
Autre vaccins	

Certificat médical « apte à la pratique d'activités physiques et pleine nature »

Attestation de 20 m nage libre OBLIGATOIRE pour le camp de Poé

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

Rubéole : Oui Non **Varicelle :** Oui Non **Coqueluche :** Oui Non
Rougeole : Oui Non **Oreillons :** Oui Non **Rhumatismes :** Oui Non
Scarlatine : Oui Non **Otites :** Oui Non **Angines :** Oui Non

L'enfant est-il : **Diabétique :** Oui Non **Asthmatique :** Oui Non

L'enfant a-t-il des **Allergies :** Oui Non **Si Oui lesquelles :** _____

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non Occasionnellement

IV. Observations :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisir ou le séjour ? **Si oui, lequel :**

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, vous devez impérativement fournir les médicaments et impérativement joindre l'ordonnance qui devra être explicite. Celui-ci sera administré par le responsable sanitaire du centre, responsable de la pharmacie inaccessible aux mineurs.

La fiche sanitaire de liaison permet à la F.O.L. NC :

- de pouvoir disposer des informations médicales nécessaires,
- des aptitudes physiques de votre enfant pour la pratique d'activités physiques et de pleine nature,
- d'observations personnelles pour mieux connaître l'enfant

AUTORISATIONS

Je soussigné (e) M., Mme _____ responsable

légal(e) de l'enfant : _____

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du centre.

J'autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin et j'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale.

J'autorise la prise de photos de mon enfant et j'accepte la publication dans la presse ou autres supports.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Nouméa le : _____

*Signature du responsable légal de l'enfant
Précédée de la mention « Lu et approuvé »*