

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Pour le bon déroulement du séjour (CL/CV), 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 : _____ Âge : _____ Sexe : Masculin Féminin

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

Adresse / Boîte / Code postal : _____

Quartier : _____ Commune : _____

Téléphone parent ou responsable légal : ___/___/___ ou ___/___/___ ou ___/___/___ ou ___/___/___

L'enfant sait-il nager ? Oui Non Un peu

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

N° Aide médicale : _____ Date de validité : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tél. : _____

II. 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	

Obligatoire à fournir pour les camps de vacances :

Certificat médical d'aptitude à la « pratique d'activités physiques, nautiques et pleine nature »

Attestation de 20 m nage libre

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

MERCI DE COMPLÉTER LE VERSO

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

III. **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)

(Père/mère/tuteur·trice)* de l'enfant : _____

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par le centre / camp (selon le planning) dans le cadre de la charte éducative de la Fédération.
- Autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin et 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.
- Autorise la prise de photos de mon enfant et accepte la publication dans la presse ou autres supports visés par la FOL NC préalablement.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

* *Rayer la mention inutile*

Fait à Nouméa le : _____

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