



Fiche Sanitaire De Liaison

L'enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age : ans

Garçon Fille

Responsable légal 1

Nom, Prénom :

Rue :

Code postal : Ville :

N° Tél. en cas d'urgence : N° Tél. domicile :

N° Tél. travail :

Adresse E-mail :@.....

Responsable légal 2

Nom, Prénom :

Rue :

Code postal : Ville :

N° Tél. en cas d'urgence : N° Tél. domicile :

N° Tél. travail :

Adresse E-mail :@.....

Affiliation

N° sécurité sociale :

Régime Général : CAF MSA Autre (préciser)

N° allocataire :

Titulaire carte loisir : Tarif A ou Tarif B (fournir l'attestation)

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

① Nom, Prénom ② Nom, prénom ③ Nom, prénom

Lien : Lien : Lien :

Tél : Tél : Tél :

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				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 médicaux

● **Traitement médical**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si un traitement est à prendre durant toute ou une partie du séjour, 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). S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et modalités d'utilisation du produit devront être décrites.

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Nom et N° du médecin traitant :

● **Informations médicales**

Veuillez indiquer ci-dessous les antécédents médicaux ou chirurgicaux ou tout autre élément d'ordre médical considéré par les responsables légaux du mineur comme susceptibles d'avoir des répercussions durant le déroulement du séjour

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

Conditions générales

Ayant pris connaissance du fonctionnement du pôle centre aéré de l'E.V.S. « bien vivre ensemble », je soussigné(e), (nom et prénom).....responsable légal de l'enfant (nom et prénom).....

1. Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs.
2. Certifie exacts les renseignements portés sur la présente Fiche Sanitaire de Liaison
3. Décharge les organisateurs de toute responsabilité en d'accident qui pourrait survenir avant ou après le fonctionnement du centre auquel l'enfant est inscrit.
4. Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
5. M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
6. M'engage à faire fréquenter mon enfant suivant les périodes indiquées.
7. L'association décline toute responsabilité concernant le transport des enfants par des membres de l'association ou des bénévoles.
8. Les absences ne seront remboursées que sur présentation d'un certificat médical.

Autorisation

- Autorise mon enfant à apparaître sur des photos et/ou vidéo sur le site du centre et dans la presse.
 N'autorise pas mon enfant à apparaître sur des photos et/ou vidéos sur le site du centre et dans la presse.

Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé ».....

A Condé-Sur-Vire, le/..../.....

Signature :