

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : __ / __ / ____
 GARÇON FILLE

NOM DU SEJOUR : **DATES** :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

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				Rubéoles Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG			<i>Vaccination non obligatoire depuis le décret n° 2007 - 1111 du 17/07/2007</i>		

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION
MERCI DE FOURNIR UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION OU CERTIFICAT MEDICAL




RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT


L'enfant a-t-il un **régime alimentaire spécifique** (sans porc, sans viande...) ?
 OUI NON

Si oui, merci de nous préciser lequel

ARC EN CIEL

66 rue Abbé de l'Epée, 33000 Bordeaux

 contact@aec-animation.com  06.64.88.08.70  <https://arcenciel-formationsbafa.com>

 <https://www.facebook.com/arcencielbafa/>

N° agrément Jeunesse et Sports : 33/063/2004/052 - SIRET : 392 899 795 000 59 APE : 8559A

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

Si oui remettre le jour du départ 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 déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE 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 AIGÜ 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"/>	

L'enfant a-t-il des allergies ?

ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ALIMENTAIRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES
---	--	---	--------

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




.....

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

ARC EN CIEL

66 rue Abbé de l'Épée, 33000 Bordeaux

 contact@aec-animation.com  06.64.88.08.70  <https://arcenciel-formationsbafa.com>

 <https://www.facebook.com/arcencielbafa/>

N° agrément Jeunesse et Sports : 33/063/2004/052 - SIRET : 392 899 795 000 59 APE : 8559A

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

.....

CONTACTS ET COORDONNEES

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

.....

NOM et ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE (JOINDRE L'ATTESTATION)

N° de Sécurité Sociale :

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable légal 1 (titulaire de l'autorité parentale):

Nom.....
 Prénom.....

Portable.....
 Téléphone domicile :.....
 Téléphone bureau :

Adresse pendant le séjour

:.....

 Mail.....

Responsable 2 (titulaire de l'autorité parentale) :

Nom.....
 Prénom.....

Portable.....
 Téléphone domicile :.....
 Téléphone bureau :

Adresse pendant le séjour :

.....

 Mail.....

En cas de garde alternée, veuillez préciser le nom du parent responsable de la garde pendant la durée de l'inscription




.....


Nom, n° de téléphone et lien de parenté d'une autre personne à contacter en cas d'urgence

.....

ARC EN CIEL

66 rue Abbé de l'Épée, 33000 Bordeaux

 contact@aec-animation.com  06.64.88.08.70  <https://arcenciel-formationsbafa.com>

 <https://www.facebook.com/arcencielbafa/>

N° agrément Jeunesse et Sports : 33/063/2004/052 - SIRET : 392 899 795 000 59 APE : 8559A

AUTORISATION

En cas d'accident ou de maladie, ARC en CIEL s'efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, ARC en CIEL pourra être amené à conduire l'enfant au Service des Urgences le plus proche.

Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, **pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.**

Nous autorisons ARC en CIEL, **en cas d'indisponibilité absolue des deux parents**, à reprendre l'enfant à la sortie de l'Établissement de santé.

Je soussigné(e),....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

AUTORISATION DE PRISE DE VUE

Dans le cadre des séjours d'ARC EN CIEL, votre enfant pourra être, sous réserve de cette autorisation, pris en photo/filmé dans le cadre des activités liées au séjour.

Nous autorisons la prise de vue, la reproduction et la diffusion de l'image du mineur dans le cadre des activités de l'association Arc en Ciel. Je déclare que la reproduction, la diffusion et l'exploitation de son image et de sa voix ne portent en aucun cas atteinte à sa vie privée et ne lui cause aucun préjudice. J'autorise cette diffusion à titre gracieux sur le site web et les réseaux sociaux de l'association Arc en ciel et sur tout autre support que pourrait utiliser l'association (imprimés ou numériques).

AUTORISATION d'INSCRIPTION NEWSLETTER

J'accepte de recevoir la newsletter de l'association ARC EN CIEL (1 fois par mois). Je peux à tout moment demander à ne plus faire partir de la liste de diffusion de cette newsletter en sollicitant l'association par téléphone, sms, mail ou courrier.

La signature du présent document vaut accord des conditions générales de vente des séjours de vacances de l'association.

Fait à le...../...../.....

Signature des parents :

ARC EN CIEL

66 rue Abbé de l'Épée, 33000 Bordeaux

 contact@aec-animation.com

 06.64.88.08.70

 <https://arcenciel-formationsbafa.com>

 <https://www.facebook.com/arcencielbafa/>

MEMO DOCUMENTS A FOURNIR

- Présent dossier complété
- Copie du carnet de vaccination ou certificat médical
- Attestation de sécurité sociale ou CMU
- Copie de pièce d'identité
- Chèque d'acompte de 100€, en cas de prise en charge, fournir l'accord de prise en charge

Si nécessaire et selon les séjours :




- Test d'aisance aquatique
- Certificat de non contre-indication à la pratique de l'activité physique

Si nécessaire, Arc en Ciel vous fera la demande de ces documents par mail.

L'ordonnance en cas de prise de médicaments, celle ci peut aussi être remise le jour du départ au responsable du séjour.

ARC EN CIEL

66 rue Abbé de l'Épée, 33000 Bordeaux

 contact@aec-animation.com  06.64.88.08.70  <https://arcenciel-formationsbafa.com>

 <https://www.facebook.com/arcencielbafa/>

N° agrément Jeunesse et Sports : 33/063/2004/052 - SIRET : 392 899 795 000 59 APE : 8559A