

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Réservé à UFCV

N° de commande | _____



1

L'ENFANT (Écrire en majuscules)

NOM **PRÉNOM**

Date de naissance Garçon fille

Photo de l'enfant

Code et titre du séjour

Dates Organisateur

Si matériel d'activité : Pointure : Taille : cm

Niveau de ski (le cas échéant) :

➔ Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, nous vous remercions de la compléter avec soin.

2

VACCINATION (compléter le tableau ou joindre la copie du carnet de santé ou les certificats de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

➔ 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.

3

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si **oui** fournir une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants au moment du départ (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 ?

Rubéole oui non **Varicelle** oui non **Angine** oui non

Rhumatisme articulaire aigu ... oui non **Scarlatine** oui non **Coqueluche** ... oui non

Otite oui non **Rougeole** oui non **Oreillons** oui non

ALLERGIES :

Asthme oui non **Médicamenteuses** .. oui non **Alimentaires** .. oui non

Précisez

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

Précautions et conduite à tenir :

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

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Réservé à UFCV

N° de commande | | | | | | | | | |



4 RECOMMANDATIONS UTILES DU RESPONSABLE

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

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

5 RÉGIME ALIMENTAIRE *

Sans porc Sans viande Végétarien

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

* Les menus respectent les régimes alimentaires particuliers dans la mesure du possible, nos séjours ne servent pas de cuisine casher ou hallal.

6 RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

Adresse (pendant le séjour) :

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

Tél. fixe (et portable) : Domicile : Bureau

OBLIGATOIRE : PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM PRÉNOM

Lien avec l'enfant :

Tél. fixe : Portable :

Mail :

Je soussigné(e) **responsable légal** de l'enfant autorise mon enfant à partir sur ce séjour et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale anesthésie comprise) rendue nécessaire par l'état de l'enfant. J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.



Date

Signature (obligatoire)

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

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

Observations :

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