

FICHE SANITAIRE DE LIAISON JUILLET 2018

ENFANT

NOM		COMMUNE DE RAMASSAGE	
PRENOM			
SEXE			
DATE ET LIEU DE NAISSANCE		RC OU ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE	
ADRESSE		NOM ASSUREUR	NUMERO CONTRAT
CODE POSTAL			
VILLE			
ADRESSE MAIL			

VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE DES PAGES DE VACCINATION.

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

L'enfant suivra t-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui 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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Autres |

ALLERGIES ?

- Asthme Alimentaires Médicamenteuse Autres (animaux, plantes, pollen)

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, précisez les aliments à éviter, etc : (si automédication le signaler) :

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

! En cas d'activité nautique, ainsi que pour tous les camps, vous devez fournir obligatoirement une attestation de réussite au test d'aisance aquatique et/ou un diplôme de natation (selon activité).

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM.....
 TEL DOMICILE..... TEL TRAVAIL..... TEL PORTABLE.....
 NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :
 N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :

PAR CE DOCUMENT

J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par l'AS Romillé
 J'autorise l'organisateur à prendre mon enfant en mini bus ou par transporteur lors des activités
 J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale
 Je m'engage à rembourser les dépenses engagées par l'association dans le cadre de cette urgence
 L'organisateur est responsable de mon enfant à partir de sa montée dans le car et jusqu'à sa descente du car. En dehors de cela l'enfant est sous la responsabilité de son représentant légal
 Pas de remboursement pour annulation sauf sur présentation d'un certificat médical
 L'AS Romillé et l'OCS Montauban se déchargent de toute responsabilité concernant le vol ou les dégradations du matériel ou de vêtements que pourraient emmener les enfants lors de ces activités
 J'autorise la structure à utiliser les éventuelles photos de mon enfant à des fins non lucratives sur leurs différents supports de
 Je reconnais être en accord avec le projet éducatif et le projet pédagogique.

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

signature du responsable
légal

A,
le.....