**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

*Pour le bon déroulement du séjour, des informations médicales propres à chaque enfant doivent être portées à la connaissance de l’équipe d’encadrement. Cette fiche constitue un modèle des renseignements à collecter.*

*Centre de vacances- camp de scoutisme- centre de loisirs*

**CENTRE : Camps de vacances Macdonald’s – CISE – Les Piroguiers du Mont-Dore et le CTOS NC (Comité Territorial Olympique et Sportif de Nouvelle-Calédonie)**

**Merci de remplir les informations en utilisant de la couleur.**

1. **Enfant :**

Nom : Prénom :

Sexe : Garçon Fille

Date de naissance : Sait il nager ? Oui Non

Nom et coordonnées du médecin traitant :

*RAPPEL : un certificat médical d’aptitude à la pratique des activités physiques et sportives est exigé pour les séjours qui en proposent (sauf baignade et promenade)*

1. **Vaccination :**

*(Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l’enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.)*

|  |  |
| --- | --- |
| **VACCINS** | **Date du dernier rappel** |
| Hepatite B |  |
| Polio |  |
| Diphtérie |  |
| Tétanos |  |
| Coqueluche |  |
| Hémophilius B |  |
| Rougeole |  |
| Oreillon |  |
| Rubéole |  |
| BCG |  |
| Autres vaccins |  |

1. **Renseignements médicaux concernant l’enfant :**

L’enfant a-t-il eu les pathologies suivantes :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBEOLE**  NON  OUI | **VARICELLE**  NON  OUI | **ANGINES**  NON  OUI | **RHUMATISMES**  NON  OUI | **SCARLATINE**  NON  OUI | **ALLERGIES**  NON  OUI |
| **COQUELUCHE**  NON  OUI | **OTITES**  NON  OUI | **ASTHME**  NON  OUI | **ROUGEOLE**  NON  OUI | **OREILLONS**  NON  OUI |  |

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : *(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, …)*

Maladie : Du au

Maladie : Du au

Maladie : Du au

**Actuellement l’enfant suit-il un traitement ?** NON OUI

**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.*

L’enfant mouille-t-il son lit ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S’il s’agit d’une fille, est-elle réglée ? NON OUI

1. **Tuteur légal de l’enfant :**

Nom : Prénom :

Adresse : (ou l’on peut vous joindre pendant la période du camp)

N° de téléphone

Domicile : Travail :

N° CAFAT/RUAM : Mutuelle :

Nom et N° du médecin traitant :

*Ces rubriques ne sont pas obligatoires s’il est fourni un certificat médical d’aptitude à la vie en collectivité certifiant que l’enfant est à jour de ses vaccinations.*

Je soussigné, (nom, prénom) tuteur légal de l’enfant (nom, prénom) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter l’enfant à un médecin. J’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.

J’attire votre attention sur l’importance de disposer des renseignements exacts et complets pour le meilleur service, accueil et suivi de votre enfant.

Disposer la mention « Lu et approuvé » + signature du tuteur légal de l’enfant :

Date :

Lieu :