

**Nous, parents/ responsables légaux de l'enfant,
sommes informés que :**

Tout accident grave ainsi que toute situation présentant ou ayant présenté des risques graves pour la santé et la sécurité physique et morale des mineurs accueillis **doit être signalé sans délai au préfet du département du lieu d'accueil** par les personnes organisant l'accueil des mineurs.

Tout accident ou toute maladie survenus pendant l'accueil **doivent être signalés sans délai aux représentants légaux du mineur concerné.**

Les représentants légaux du mineur hospitalisé sont informés de la sortie prochaine du mineur. Le mineur sortant de l'hôpital ne peut être confié qu'à son représentant légal et aux tierces personnes expressément autorisées par celui-ci.

•••

En cas d'urgence, nous soussignés,

- autorisons la personne responsable de l'accueil, à orienter et faire transporter notre enfant accidenté ou malade, par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté.

- autorisons le médecin à pratiquer tous les soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie sur notre enfant.

- autorisons en notre absence, la personne responsable de l'accueil, à accompagner notre enfant sortant de l'hôpital.

- autorisons la personne responsable de l'accueil à donner à notre enfant les médicaments prescrits par le médecin appelé pendant l'accueil.

Date :

Nom et signature des parents ou responsables légaux :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

en accueil collectif de mineurs

À remplir par les parents ou responsables légaux

Document non confidentiel qui doit suivre l'enfant dans toutes ses activités.

Nom : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F – G

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : _____

Adresse des parents pendant le séjour de l'enfant si différente :

N° Téléphone du domicile et/ou portables : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

N° Téléphone du travail du père : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

N° Téléphone du travail de la mère : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement en cas d'urgence : _____

___ / ___ / ___ / ___ / ___

Suivi sanitaire

• Documents à joindre :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

- fournir un certificat de vaccinations
- ou une copie des « pages vaccinations » du carnet de santé de l'enfant, mentionnant ses nom et prénom
- ou le certificat médical ci-joint rempli par le médecin traitant
- ou un certificat de contre-indication le cas échéant

- **Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.**

- Vaccinations recommandées: BCG, Rougeole, Oreillons, Rubéole, Coqueluche, Hépatite B

ACTIVITÉS SPORTIVES : si une ou plusieurs activités physiques telles que plongée, sports aériens et vol libre sont proposées dans le cadre de l'accueil (Arrêté du 20/06/2003)

- fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'activité concernée
- ou le certificat médical ci-joint rempli par le médecin fédéral agréé

• Informations utiles des parents :

Mon enfant porte :

- des lunettes ou lentilles
- des prothèses auditives
- des aérateurs transtympaniques (ou « yo-yo »)
- des prothèses dentaires
- autre appareillage, précisez : _____

Eventuellement, coordonnées du médecin traitant de l'enfant:

Nom :
Adresse :
N° de téléphone :

Ne pas hésiter à vous faire aider par votre médecin traitant pour remplir cette rubrique :

• Renseignements médicaux :

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention « Secret Médical », à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

• ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour) par exemple : les allergies alimentaires, les allergies médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux,...) ou une opération chirurgicale récente :

Les précautions à prendre :

• MALADIES EN COURS

Aiguës ou chroniques, indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour, par exemple : diabète, asthme, convulsions...

Les précautions à prendre :

• LES MÉDICAMENTS

Si un traitement est à prendre pendant une partie ou pendant tout le séjour, joindre la photocopie de l'ordonnance médicale.

S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites.

Spécifier si le traitement doit être en permanence à la disposition de l'enfant.

Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Les nom et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage.

Noms des médicaments :

-
-

CERTIFICAT MÉDICAL

Fait à :

Le :

Je soussigné(e) certifie avoir examiné ce jour l'enfant :

☆ Rayer les mentions inutiles :

☆L'enfant présente une/des contre-indications médicale(s) à la vaccination contre la Diphtérie et/ou la Poliomyélite. (Rayer les mentions inutiles).

☆L'enfant a reçu les vaccins :

	1 ^{ère} inj.	2 ^{ème} inj.	3 ^{ème} inj.	1 ^{er} rappel	2 ^{ème} rappel
DTP/DTCP/DTCPhI					
BCG					
ROR					
HÉPATITE B					

☆Son état de santé lui interdit la pratique du sport du _____ au _____ .

☆Son état de santé contre indique la pratique des sports nautiques (natation, piscine)
Du _____ au _____ .

Signature :

Certificat médical à faire signer par un médecin agréé par les fédérations concernées

☆L'enfant ne présente pas de contre indication clinique à la pratique des sports tels que plongée, sports aériens et vol libre.

Signature :

CERTIFICAT MÉDICAL

Fait à :

Le :

Je soussigné(e) certifie avoir examiné ce jour l'enfant :

☆ Rayer les mentions inutiles :

☆L'enfant présente une/des contre-indications médicale(s) à la vaccination contre la Diphtérie et/ou la Poliomyélite. (Rayer les mentions inutiles).

☆L'enfant a reçu les vaccins :

	1 ^{ère} inj.	2 ^{ème} inj.	3 ^{ème} inj.	1 ^{er} rappel	2 ^{ème} rappel
DTP/DTCP/DTCPhI					
BCG					
ROR					
HÉPATITE B					

☆Son état de santé lui interdit la pratique du sport du _____ au _____ .

☆Son état de santé contre indique la pratique des sports nautiques (natation, piscine)
Du _____ au _____ .

Signature :

Certificat médical à faire signer par un médecin agréé par les fédérations concernées

☆L'enfant ne présente pas de contre indication clinique à la pratique des sports tels que plongée, sports aériens et vol libre.

Signature :