DOMAINE DU COTEAU FLEURI

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Afin de préparer au mieux le séjour de votre enfant, merci de remplir les plages suivantes :

ENFANT		
	NOM : _____	☐ **Féminin**
	Prénom : _____	☐ **Masculin**
	Date de naissance : ___/___/___	

Dates du séjour ____/____/____ au ____/____/____

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires à jour : Diphtérie, Tétanos, Polio
Joindre la copie du carnet de santé
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRENOM _____

N° de sécurité sociale (représentant légal) : /__/ /__|__/ /__|__/ /__|__/ /__|__|__/ /__|__|__/ /__|__/

(Joindre une photocopie de la carte vitale et de la carte d'identité de l'enfant s'il en possède une)

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

_____

Tél portable : /__|__/__|__/__|__/__|__/__|__/ Tél travail : /__|__/__|__/__|__/__|__/__|__/

Tél fixe : /__|__/__|__/__|__/__|__/__|__/ Mail _____

Nom du médecin traitant : _____ Tél : /__|__/__|__/__|__/__|__/__|__/

Je soussigné (père, mère, tuteur : rayer la mention inutile), _____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 (hospitalisation, traitement médical, traitement chirurgical) rendues nécessaires par l'état de santé.

Date : **Signature**

CENTRE DE VACANCES LE DOMAINE DU COTEAU FLEURI
Lieu dit "Les Tavas"
43400 LE CHAMBON SUR LIGNON
04 71 65 90 11 info@lecoteaufleuri.com

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : (entourer la réponse qui convient)

Votre enfant porte-il des lunettes ? OUI NON

L'enfant suivra-t-il un traitement pendant le séjour ? OUI NON

Lequel : _____

Si **oui**, merci de joindre **l'ordonnance** lors de l'arrivée à l'assistant sanitaire du séjour, avec les médicaments correspondant dans les boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant.

AUCUN MEDICAMENT NE SERA DONNE SANS ORDONNANCE

Enurésie nuit (incontinence) ? OUI NON

Gestion habituelle : _____

PROBLEMES DE SANTE : (entourer la réponse qui convient)

- **HOSPITALISATION** : OUI NON

  Motif : _____

  ALLERGIES : OUI (Protocole à joindre avec la fiche) NON

  Lesquelles _____
- **PROBLEMES VISUELS/AUDITIFS** OUI NON

  Correction apportée : _____
- **DIFFICULTES PHYSIQUES**

  Lesquelles :_____

  Suivi par un spécialiste : _____

  Matériel adapté : _____
- **DIFFICULTES PSYCHIQUES**

  Traitement : OUI NON

  Lequel_____

  Suivi par un spécialiste, un centre adapté : OUI NON

  Si oui, merci de préciser :_____

Si vous le souhaitez, nous vous proposons de nous partager des informations supplémentaires sur l'environnement de votre enfant (familial, scolaire, …) qui nous seraient utiles pour améliorer son accueil :

_____

_____

_____

En cas de contre-indication pour un sport ou une activité ou un autre problème, un certificat médical est obligatoire. En cas d'absence, votre enfant est considéré comme apte.

PARTAGE D'INFORMATIONS
Nous vous informons que pour une question de sécurité de votre enfant, l'équipe encadrante partagera, selon la nécessité, les informations figurant sur cette fiche.