Secteur Jeunesse

ACTIVITES et SEJOUR / ANNEE 2019/2020

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑
ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑

AUTRES ……

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR : (si automédication le signaler)
……..
……..
……..

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ❑ non ❑ (joindre le protocole et toutes informations utiles)
……..
……

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.
……
……

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES **(à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ❑ non ❑

DES LUNETTES : oui ❑ non ❑ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ❑ non ❑ DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ❑ non ❑

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)
……

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

Email : …….

TÉL. FIXE DOMICILE : ..... TÉL. FIXE BUREAU : .....

PORTABLE : ……

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT *(FACULTATIF)*.....

Je soussignée, ... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence *<u>seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.</u>*

Date : Signature :

5 – INFORMATION ASSURANCE

L'association OSCAR ne dispose que d'une assurance « Responsabilité Civile : dommages causés à autrui », dans le cas où sa responsabilité est engagée. Toutefois, la responsabilité individuelle des adhérents ou de leurs parents (lorsque ceux-ci sont mineurs) ne peut être dégagée s'ils causent un dommage à autrui ou se blessent seuls.
Exemple :

- Un enfant tombe dans l'escalier et se blesse : la responsabilité de l'OSCAR n'est pas engagée.
- Par contre, l'animateur pousse volontairement ou involontairement l'enfant dans l'escalier : la responsabilité de l'OSCAR est engagée.

Aussi, nous vous conseillons vivement de souscrire une assurance « Individuelle Accident », surtout si vous ne possédez pas de mutuelle et de sécurité sociale.
Par ailleurs, notre contrat d'assurance en responsabilité civile est à votre disposition pour de plus amples informations.

Pris connaissance le : Signature :

6 – DROIT A L'IMAGE

J'autorise également l'association O.S.C.A.R. à utiliser les différents supports médiatiques (photos, vidéos …) réalisés lors de l'activité et à les diffuser sur nos différents supports de communication (plaquette, site, internet …).
En cas de refus, merci de cocher cette case ❑

7 – LOI RGPD

J'autorise l'OSCAR, dans le cadre de la loi RGPD, à saisir et conserver dans sa base de données AIGA mes données personnelles et celles de mon enfant (administratives et médicales). L'OSCAR s'engage à ne pas diffuser ces données personnelles à des fins commerciales.
En cas de refus, merci de cocher cette case. ❑

J'accepte de recevoir des SMS oui ❑ non ❑ ou emails oui ❑ non ❑ sur les activités organisées par l'OSCAR.