

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - 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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-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 ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

oui

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes les informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION) AUTRES RECOMMANDATIONS (ex : qualité de peau, crème solaire) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

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

DES LUNETTES : oui non DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

PRÉCISEZ :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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 seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

N° de sécurité sociale : _____

6 – 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 leur parents (lorsque ceux-ci sont mineurs) ne peut être dérogée 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.

7 – DROIT À L'IMAGE

J'autorise 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

Date :

Signature :

8 – 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.

Signature :