

 MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

 Code de l'Action Sociale et des Familles (CERFA N°10008\*02)

|  |  |
| --- | --- |
| FICHE SANITAIREDE 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** | **oui** | **non** | **DATES DES** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| **OBLIGATOIRES** | **DERNIERS RAPPELS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Diphtérie |  |  |  | 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **RUBÉOLE** |  |  | **VARICELLE** |  |  |  |  |  | **ANGINE** |  |  | **RHUMATISME** |  |  | **SCARLATINE** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **ARTICULAIRE AIGÜ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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  | MÉDICAMENTEUSES |  |  | oui  |  | 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 RECOMMENDATIONS (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 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.

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 :