

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour.

Partie réservée à l'organisateur

LIEU DE SEJOUR :
ARRIVÉE LE :
DEPART LE :

Observations faites au cours du séjour

PAR le MÉDECIN (qui indiquera ses nom et prénom, adresse et n° de téléphone)

PAR le RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et prénom, adresse et n° de téléphone)

1 INFORMATIONS GÉNÉRALES – Merci de joindre une copie de la carte d'identité de l'enfant

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : _ / / Sexe : Masculin Féminin

Nom du médecin traitant : N° de SS :

Responsable de l'enfant : Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse mail :

N° de SS :

Adresse du centre Payeur :

2 Règlement Général sur la Protection des Données

Les Informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné au Comité Régional du Sport en Milieu Rural Occitanie (CRSMR OPM).

Pour la finalité suivante : information des actions du réseau, du CRSMR Occitanie

Les destinataires de ces données sont : le CRSMR Occitanie

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à CRSMR Occitanie Maison Départementale des Sports, Esplanade de l'Égalité 34086 Montpellier. Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

En cochant cette case vous acceptez avoir pris connaissances du règlement général sur la protection des données et acceptez nos conditions.

3 Autorisation de diffusion d'images (*)

OUI* NON*

(*) Autorise le CRSMR Occitanie Pyrénées Méditerranée et ses mandataires dans le cadre des activités réalisées au sein de son association à photographier, reproduire, présenter, exposer et publier les photographies de mon enfant. Cette autorisation remplace et annule les précédentes décisions.

4 VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Les vaccins de votre enfant sont-ils à jour ?

TETRACOQ OUI NON DATES :/..../.....

DT POLIO OUI NON DATES :/..../.....

DT COQ OUI NON DATES :/..../...

D'une prise POLIO (RAPPELS) : OUI NON DATES :/..../.....

	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
	DATES		
1er VACCIN/..../...../..../...../..../.....
REVACCINATION/..../...../..../...../..../.....

Si l'enfant n'est pas vacciné, POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTION DE SERUM	/...../.....
	/...../.....

5 RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Si oui, cochez la case)

RUBEOLE

VARICELLE

ANGINES

RHUMATISMES

SCARLATINE

OTITES

COQUELUCHE

ASTHME

ROUGEOLE

OREILLONS

6 RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

Indiquez ici les autres difficultés de santé, en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, P.A.I ...):

.....

.....

.....

Actuellement l'enfant suit-t-il un traitement ? OUI NON Si oui lequel

(Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.)

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI NON Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

7 Régime alimentaire

Régime sans viande : OUI NON

Régime sans porc : OUI NON

Autre régime* :

8 RECOMMANDATION DES PARENTS

.....

.....

Je soussigné (e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de structure à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A, le

Signature du responsable