



FICHE SANITAIRE

ASSOCIATION « LES BIPS BOPS » - 2018 / 2019

NE RIEN ECRIRE ICI

- Vaccins
- Attestation QF
- Noé

L'ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Classe :

LES PARENTS

Parent 1

NOM :

Prénom :

Profession :

Employeur :

Tel travail :

Portable :

Parent 2

NOM :

Prénom :

Profession :

Employeur :

Tel travail :

Portable :

Adresse :

C.P / Ville :

TEL URGENCE :

Tel famille, voisins :

E-mail :

N° de Sécurité Sociale :

N° allocataire CAF ou MSA (**obligatoire**) :

Quotient familial (**avec justificatif**) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant autre que les parents :

..... Tel : __ / __ / __ / __ / __

..... Tel : __ / __ / __ / __ / __

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER oui non

SI OUI : SANS

AUTORISATIONS PARENTALES

Je, soussignés, responsables de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le responsable du Centre de loisirs (ou du Séjour) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. **Je reconnais avoir lu(e) et accepté(e) le règlement intérieur disponible sur www.lesbipsbops.fr**

AUTORISATION DE TRANSPORTS :

J'autorise le transport de mon enfant en transport collectif urbain, autocar, mini-bus, ou voitures particulières assurées pour le déplacement d'enfants, dans le cadre de sorties / séjours organisés par l'association.

Oui Non

AUTORISATION PHOTO / FILM :

Dans l'hypothèse où votre enfant serait pris en photo, et / ou filmé, au cours d'activités et / ou de manifestations proposées, vous autorisez l'exposition et / ou la diffusion de ces photos (presse ou support de communication).

Oui Non

Date / / 20

Signature(s) :

Merci de remplir le verso intégralement →



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

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

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)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

NOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON OUI

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 le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

***Tous les champs sont obligatoires**