

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

Poids :kg Taille :cm

LIEU ET DATE DU SEJOUR :

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1- SANTE - ASSURANCE

Les frais médicaux éventuellement nécessaires pendant le séjour et engagés par l'Odel sont à la charge de la famille. Au retour de l'enfant, la famille règlera les montants correspondants à l'Odel qui lui délivrera les feuilles de soins aux fins de remboursement par sa caisse de sécurité sociale et sa mutuelle.

Conformément à l'article L 227-5 du Code de l'Action Sociale et des familles, nous vous informons de votre intérêt, en tant que responsable légal de votre enfant, à souscrire si vous n'en disposez pas, un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels votre enfant peut être exposé lors de la participation des activités pour lequel aucune responsabilité ne pourrait être engagée

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente, en cours 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un certificat médical ou le PAI établi dans le cadre scolaire, précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** oui non

REGIME ALIMENTAIRE : SANS VIANDE oui non

3- RECOMMANDATIONS UTILES ET INFORMATIONS POUVANT NOUS AIDER A MIEUX COMPRENDRE VOTRE ENFANT

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4- RESPONSABLES DUMINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :

5- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :
 N° SECURITE SOCIALE :

VOTRE ENFANT BENEFICIE T'IL DE LA CMU Oui Non
 D'UNE PRISE EN CHARGE SS A 100% Oui Non

Si oui fournir impérativement les attestations CMU ou PRISE EN CHARGE en cours de validité

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé du mineur.

Date : Signature :