

# CENTRE DE LOISIRS D'OFFRANVILLE

## Fiche sanitaire de liaison 2019 – 2020

Ne pas remplir le cadre ci-dessous ↓

	<b>Eté 2020</b>	<b>1. L'ENFANT</b>
MAISON DES BAMBINS		Nom : .....
MAISON DES MOMES		Prénom : .....
CLUB'ADOS		Date de naissance : .....
		Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. **Elle est valable jusqu'aux Vacances d'été 2020. Si des modifications interviennent dans la santé de votre enfant, il est obligatoire de nous en informer lors de l'inscription.**

### 2. LES VACCINATIONS (se référer au carnet de santé)

J'atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins lors de l'inscription et je m'engage à vous informer des modifications qui pourraient intervenir au cours de l'année scolaire 2019/2020.

Signature :	
-------------	--

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 !

**MERCI DE FOURNIR LES COPIES DES PAGES DE VACCINATION !**

### 3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 ?	oui	non		oui	non
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Otite		
Angine			Rougeole		
Scarlatine			Oreillons		

L'enfant a-t-il des allergies ?	oui	non		oui	non
Asthme			Médicamenteuses		
Alimentaires			Autres (préciser)		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

Indiquez 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

Est-ce que votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ?

Est-ce que votre enfant suit un régime alimentaire particulier ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### 5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (Pendant le séjour) : .....

.....  
.....

Téléphone (domicile) :


Portable :

Téléphone travail :

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exact 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.

Date :

Signature :

#### 6. SERVICE JEUNESSE

*Directeur : Jonas BUQUET*

📍 : 291, Avenue de la Hêtraie 76550 OFFFRANVILLE

☎ : 02 35 83 67 11

✉ : service-jeunesse@offranville.fr

**La Maison des bambins**

Téléphone : 02 35 85 40 28

**La Maison des mômes**

Téléphone : 02 35 83 67 11

**Club'ados**

Téléphone : 02 35 83 67 11