FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

A renvoyer par courrier ou par mail à :
VERDIÉ HELLO – 26 Avenue de Bourran – 12000 RODEZ
Tél : 05 65 77 10 47 / contact@verdiehello.com

NOM DE VOTRE CE : DATES DU SEJOUR : INTITULÉ DU SEJOUR :

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				BCG	
				Pneumocoque	
				Haemophilus	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

POIDS : ……..Kg TAILLE : ……..cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

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.

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑
ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES……

SI OUI, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDUCAL ET PRECISEZ LA CAUSE DE L' ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES OU DENTAIRES ? A-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ? ETC. PRECISEZ TOUTE AUTRE INFORMATION QUE VOUS JUGEZ UTILE DE PORTER A NOTRE CONNAISSANCE :

……
……
……
……

5 -**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
.....

TÉL. DOMICILE : ..... BUREAU : .....
TÉL. PORTABLE : .....

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE + TELEPHONE (OBLIGATOIRE) : ,.....

……
NOM ET NUMERO DE TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....

Toutes ces informations demeurent confidentielles. Toute information connue au moment de l'inscription, qui ne nous aurait pas été communiquée et qui aurait des implications négatives pendant le séjour peut engendrer le renvoi du participant à ses frais.

Je soussigné(e)....., représentant légal de l'enfant inscrit, déclare exacts les renseignements ci-dessus et certifie n'avoir omis aucune information importante. Je m'engage à vous signaler tout changement dans ces informations. Je certifie avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente. J'autorise l'enfant à participer à ce séjour et à toutes les activités au programme de ce séjour.
J'autorise VERDIÉ HELLO, les accompagnateurs et les responsables locaux à prendre toute décision urgente (traitement médical, hospitalisation, transfusion, intervention chirurgicale) que pourrait nécessiter l'état de santé de mon enfant.
Je m'engage à régler, dans les meilleurs délais, les frais imprévus (consultations et produits pharmaceutiques, dégâts matériels, communications téléphoniques, renvoi disciplinaire,...).

Fait à..... Le.....

Signature