

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. 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)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	____/____/____
Du DT coq	____/____/____
Du Tétracoq	____/____/____
D'une prise polio	RAPPELS

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	DATES	VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	____/____/____	____/____/____	____/____/____
REVACCINATION	____/____/____	____/____/____	____/____/____

SIL'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	____/____/____
.....	____/____/____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

.....

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUI-T-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, NOUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL SAGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. _____ N° DE TEL _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :
 Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :
 PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'organisme (siège social)

 ARRIVEE LE ____/____/____
 DEPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR
 PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

AUTORISATION PARENTALE

Autorisation parentale :

Je soussigné(e), Madame/Monsieur, autorise:

- Mon enfant à pratiquer les activités proposées lors du stage multisports
- L'ASPTT St Etienne à transporter mon enfant pendant le stage et à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale à mon enfant en cas de nécessité.

Personne à prévenir en cas d'accident:

Qualité: mère père (*raier la mention inutile*)

NOM: _____ Prénom: _____

Portable: ___ / ___ / ___ / ___ / ___ ou ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Date et signature (précédées de la mention «lu et approuvé»:



BULLETIN D'INSCRIPTION ACTIVITES

Accueils Collectifs de Mineurs (ACM)

Démarche à effectuer :

- Votre enfant doit se rendre en piscine ou plan d'eau pour effectuer ce test.
- Peuvent faire passer ce test, seules les personnes titulaires d'un diplôme professionnel : BNSSA, un enseignant d'EPS, BE canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyon, surf de mer et natation.
- Remettez-lui ce document.
- Une fois le test effectué, la personne diplômée complètera l'attestation ci-dessous.

TEST D'AISANCE AQUATIQUE

Test obligatoire à la pratique des activités nautiques suivantes pour les publics des Accueils Collectifs de Mineurs (ACM)

Réf : Arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R. 227-13 du code de l'action sociale et des familles (JO du 10 mai 2012)

Le mineur né(e) le à a réalisé le test suivant :

- effectuer un saut dans l'eau ;
- réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes ;
- réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes ;
- nager sur le ventre pendant vingt mètres ;
- franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

A l'issue du test il a été déclaré : APTE INAPTE

Attestation établie par titulaire du diplôme de

Seuls sont habilités à délivrer la présente attestation les titulaires d'un diplôme titre ou qualification professionnelle dans les disciplines suivantes : canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyonisme, surf de mer et natation, par une personne titulaire du brevet national de sécurité et de sauvetage aquatique ou enseignant d'EPS.

Fait à Cachet de la structure
Le

Signature du responsable du test :