

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. **ENFANT** NOM : _____ PRÉNOM : _____
 SEXE : GARÇON 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)*

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	VACCINS PRATIQUÉS		DATES		
	RAPPELS			/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1er VACCIN	/ /	VACCIN	/ /		/ /
REVACCINATION	/ /	1er RAPPEL	/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? _____

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		/ /
		/ /

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	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 DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE SS | _____ | N° DE TÉL. | _____ | 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.

Signature :

DATE : _____

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE ____/____/____

DÉPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

- PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)
PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)



Droit à l'image

AUTORISATION - (Majeur)

Je soussigne(e)

autorise :

1 - l'Eglise Protestante Unie de France à me filmer et à diffuser ces images dans le cadre d'un documentaire sur le rassemblement « CARaimant KIFF 2019 ». Ce documentaire sera diffusé sur internet et pourra également être exploité en vidéo via la diffusion de DVD dans les associations culturelles de l'Eglise Protestante Unie de France et les Œuvres, Eglises et Mouvements de la Fédération Protestante de France.

J'accepte de ne recevoir aucune rémunération et j'autorise à procéder à toutes les coupes nécessaires.

2 - l'Eglise Protestante Unie de France à me photographier et à utiliser ces images dans ses publications et supports de communication.

Fait à,, le

Signature



AUTORISATION PARENTALES

Je soussigne inscrit mon enfant
au CARaimant KIFF 2019 les 26, 27 et 28 octobre 2019 à Notre Dame de la Salette 38970.

Fait à,, le

Signatures

Droit à l'image

DU PÈRE

Je soussigné :
....., père de

DE LA MÈRE

Je soussignée :
....., mère de

..... (*nom et prénom de l'enfant*)

autorisent :

1 - l'Eglise Protestante Unie de France à me filmer et à diffuser ces images dans le cadre d'un documentaire sur le rassemblement « CARaimant KIFF 2019 ». Ce documentaire sera diffusé sur internet et pourra également être exploité en vidéo via la diffusion de DVD dans les associations culturelles de l'Eglise Protestante Unie de France et les Œuvres, Eglises et Mouvements de la Fédération Protestante de France.

J'accepte de ne recevoir aucune rémunération et j'autorise à procéder à toutes les coupes nécessaires.

2 - l'Eglise Protestante Unie de France à me photographier et à utiliser ces images dans ses publications et supports de communication.

Fait à,, le

Signature du père

Signature de la mère