

7. AUTORISATION PARENTALE LEGALEMENT OBLIGATOIRE

- Je soussigné(e) Père, Mère ⁽¹⁾ déclare autoriser ma fille, mon fils, ma ou mon pupille⁽¹⁾

NOM : _____ Prénom : _____

A participer à toutes les activités organisées par la CMCAS dans le cadre de son séjour.

En cas d'urgence, j'autorise le directeur du centre ou le chef de convoi à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer. A cet effet, je vous communique les éléments nécessaires à sa prise en charge éventuelle :

Contrat assistance (facultatif) OUI NON

Compagnie d'assurance _____

Tel : _____ N° du contrat _____

- Certifie que mon enfant a été régulièrement vacciné contre la diphtérie et contre le tétanos en _____, avec rappel en _____, contre la poliomyélite en _____, avec rappel en _____, et par le BCG en _____.
- Permet, ne permet pas ⁽²⁾ à mon enfant de participer à des sorties en bateau sur lac ou mer.
- Autorise la pratique de toutes les activités physiques, à l'exclusion de ⁽²⁾ : _____

ATTENTION! un rappel de moins de 5 ans pour le vaccin antitétanique injectable et le vaccin antipoliomyélique et antidiphtérique (DTP) (de préférence buccale) est OBLIGATOIRE. Les candidats ne remplissant pas ces conditions ne pourront être acceptés.

Fait à _____ le _____

(1) Rayer les mentions inutiles

(2) Mentionner les activités contre-indiquées ou rayer : « à l'exclusion de »

Cette fiche, destinée au directeur du séjour, est à remettre, dûment remplie à votre CMCAS, ou à votre SLV dans les délais indiqués par celles-ci.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant (convoyages inclus). Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.



Séjour Cruseilles

1. ENFANT

Nom																			
Prénom																			

Date de naissance											
Sexe	Garçon		Fille								

Photo datant de moins d'un an

Obligatoire !

2. OUVRANT DROIT

IDENTIFICATION DE L'AGENT																			
Nom																			
Prénom																			

N°CMCAS	N°SLV		
3 3 5			

3. Responsable légal de l'enfant (pendant la durée du séjour)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

N° de S.S. _____

4. Recommandations des parents

Contre-indication ou restriction médicale

OUI NON

Si OUI, tous les renseignements complémentaires peuvent être fournis dans une enveloppe fermée, qui sera glissée dans cette fiche.

Date et cachet de la CMCAS

5. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Angine		Asthme		Coqueluche		Oreillons		Otite			
oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme		Rougeole		Rubéole		Scarlatine		Varicelle			
oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :
(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations ...)

	/	/
	/	/
	/	/
	/	/

L'enfant a-t-il été vacciné contre :

l'hépatite A, le _____ l'hépatite B, le _____
la coqueluche, le _____ la typhoïde, le _____
les rubéole, oreillons, rougeole, le _____
autres vaccinations non obligatoires _____

Résultat du dernier test BCG effectué le _____

L'enfant a-t-il des allergies (préciser les contre-indications) ?

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI occasionnellement NON

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si OUI, lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

Nom du médecin traitant : _____ Tel : _____

6. Observations médicales ou sanitaires faites en cours de séjour

Par le responsable du séjour ou l'assistant sanitaire

(qui indiquera ses nom et adresse) _____

Consultation ou visite du médecin en cours de séjour

Nom du médecin : _____

Tel : _____ Date de l'examen : _____

Diagnostic : _____

Traitement : _____

Résultats des examens complémentaires _____

Résultats des radiographies : _____

Consultation ou visite du médecin en cours de séjour

Nom du médecin : _____

Tel : _____ Date de l'examen : _____

Diagnostic : _____

Traitement : _____

Résultats des examens complémentaires : _____

Résultats des radiographies : _____