**Fiche sanitaire et de liaison**

**Stage du lundi 21 au jeudi 24 octobre 2019 à Châteauroux**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour le séjour de l’enfant.

1. L’enfant :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

CLUB :

1. Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l’enfant).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vaccin obligatoire | Oui | Non | Date des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
| Diphtérie |  |  |  |  |  |
| Tétanos |  |  |  |  |  |
| Poliomyélite |  |  |  |  |  |
| Ou DT Polio |  |  |  |  |  |
| Ou tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

1. Renseignements médicaux 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. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Asthme Oui ❒ Non ❒ Médicamenteuses Oui ❒ Non ❒

ALLERGIES ALIMENTAIRES  Oui ❒ Non ❒ Autres : ……………………………………………………………………

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication la signaler).

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Responsable de l’enfant :

Nom : …………………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Numéros de téléphone :

Mère : domicile…………………………………………………. Portable ……………………………………………………………………

Père : domicile………………………………………………….. Portable……………………………………………………………………..

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Je soussigné(e), ……………………………………………………………………………………..responsable légal de l’enfant, déclare exacts 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. J’autorise également, si nécessaire, le responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l’hôpital après hospitalisation.

De plus, j’autorise mon enfant à prendre le mode de transport mis en place par les organisateurs (transports en commun, minibus, véhicule personnel).

Fait le : ……………………………………………………………… à …………………………………………………………….

**Signature du / des parents (Précédée de la mention « Lu et approuvé »)**

|  |
| --- |
| **RETOURNER cette fiche complétée, accompagnée de la photocopie de la carte nationale d’identité de l’enfant et de la photocopie de la page des vaccinations de son carnet de santé**   * **Par courrier postal au Comité de l’Indre de Natation - 89 allée des Platanes 36000 CHÂTEAUROUX** * **Ou par e-mail :** [**ffn.indre.p@wanadoo.fr**](mailto:ffn.indre.p@wanadoo.fr)   **Avant le vendredi 11 octobre 2019** |