

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONCUE 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.

1 PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DE SEJOUR :

ARRIVÉE LE :

DEPART LE :

2 OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SÉJOUR

PAR le MÉDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n°de téléphone)

PAR le RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom, adresse et n°de téléphone)

.....
.....
.....

3 INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : Masculin Féminin.....

Nom du médecin traitant :

Responsable de l'enfant : Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

N° de SS :

Adresse du centre Payeur : :

4 Règlement Général sur la Protection des Données

Les Informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné au Comité Régional du Sport en Milieu Rural Occitanie. Pour la finalité suivante : information des actions du réseau, du CRSMR Occitanie

Les destinataires de ces données sont : le CRSMR Occitanie

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement.

Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à CRSMR Occitanie 190 rue isatis 31670 LABEGE

Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

En cochant cette case vous acceptez avoir pris connaissances du règlement général sur la protection des données et acceptez nos conditions.

5 Autorisation de diffusion d'images (*)

OUI NON

(*) Autorise le CRSMR Occitanie et ses mandataires dans le cadre des activités réalisées au sein de son association à photographier, reproduire, présenter, exposer et publier les photographies de mon enfant. Cette autorisation remplace et annule les précédentes décisions

6 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)*

Les vaccins de votre enfant sont-ils à jour ?

TETRACOQ OUI NON DATES :/..../..... DT COQ OUI NON DATES :/..../...
DT POLIO OUI NON DATES :/..../..... D'une prise POLIO (RAPPELS) OUI NON DATES : .../..../....

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

Si l'enfant n'est pas vacciné, POURQUOI ?.....
.....

INJECTION DE SERUM	NATURE	DATES
	/...../.....

7 RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Si oui, cochez la case)

RUBEOLE VARICELLE ANGINES RHUMATISMES SCARLATINE
COQUELUCHE OTITES ASTHME ROUGEOLE OREILLONS

8 RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

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

.....
.....
.....

Indiquez ci-dessous les difficultés de santé, les allergies, les P.A.I de l'enfant :

.....
.....
.....

Actuellement l'enfant suit-t-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.)

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

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

9 RECOMMANDATION DES PARENTS

.....
.....
.....

Je soussigné (e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de structure à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A, le.....

Signature du responsable