



Fiche sanitaire de liaison

Accueil collectif de mineurs • Colonies de vacances

Document confidentiel, réservé à la direction du séjour et à l'assistant(e) sanitaire.
À compléter à l'écran ou à la main, en lettres capitales.

PHOTO
récente de l'enfant
à coller ici
(35 × 45 mm)

Nom du séjour

Dates du séjour

1 L'ENFANT

Nom

Prénom

Date de naissance

Âge

Sexe

☐

Fille

☐

Garçon

Taille (cm)

Poids (kg)

Pointure

2 VACCINATIONS

Les vaccinations obligatoires doivent être à jour. Joindre la copie des pages vaccinations du carnet de santé, ou un certificat médical de moins de 3 mois.

Vaccin DT Polio (diphtérie, tétanos, poliomyélite) à jour ? ☐ Oui ☐ Non

Date du dernier rappel

Autres vaccins (précisez)

3 SANTÉ DE L'ENFANT

Allergies

Médicamenteuses

☐

Oui

☐

Non

Si oui, lesquelles :

Alimentaires*

☐

Oui

☐

Non

Autres (pollens, piqûres...)

☐

Oui

☐

Non

* Une allergie alimentaire n'est prise en compte que sur certificat médical ; un PAI peut être mis en place.

L'enfant a-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) ? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant suit-il un traitement pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre l'ordonnance et remettre les médicaments dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant, avec la notice. Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.

Maladies déjà eues

☐ Rubéole

☐ Varicelle

☐ Rougeole

☐ Oreillons

☐ Scarlatine

☐ Coqueluche

☐ Otite

☐ Angine

☐ Asthme

☐ Rhumatisme

Régime alimentaire

☐ Sans porc

☐ Sans viande

☐ Sans poisson

☐ Autre :

L'enfant porte-t-il

☐ Lunettes

☐ Lentilles

☐ Appareil dentaire

☐ Prothèse auditive

Mouille-t-il son lit ?

☐ Oui

☐ Non

Autres difficultés de santé (maladie, accident, opération, handicap) et précautions à prendre

Recommandations utiles (sommeil, peurs, comportement, activités déconseillées...)

4 RESPONSABLE LÉGAL

Qualité : ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐ Service social ou institution

Nom

Prénom

Adresse

Téléphone fixe

Portable

Courriel

N° de sécurité sociale (couvrant l'enfant)

Caisse (CGSS, MSA...)

L'enfant bénéficie-t-il de la Complémentaire santé solidaire (ex-CMU) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre l'attestation.

5 EN CAS D'URGENCE

Personne à prévenir si le responsable légal ne peut pas être joint :

Nom et prénom

Lien avec l'enfant

Téléphone

Médecin traitant (nom)

Téléphone du médecin

Assurance responsabilité civile de l'enfant : compagnie

N° de contrat

6 DROIT À L'IMAGE

J'autorise Welcome Guadeloupe à utiliser les photos et vidéos de mon enfant prises pendant le séjour (page privée du séjour, site internet, réseaux sociaux, supports de communication). Ce choix est facultatif, sans incidence sur l'inscription, et révocable à tout moment par courriel.

☐ Oui, j'autorise ☐ Non, je n'autorise pas

7 ATTESTATION DE SÉJOUR

☐ Je souhaite recevoir une attestation de séjour (CSE, employeur, mutuelle...)

8 AUTORISATION ET SIGNATURE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités du séjour, et j'autorise la direction du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale sur avis médical). Je m'engage à rembourser les frais médicaux avancés par l'association. Je m'engage à signaler toute modification de l'état de santé de l'enfant avant le départ.

Fait à

Le

Signature du responsable légal (manuscrite ou électronique)

Données personnelles : ces informations servent uniquement au suivi sanitaire de l'enfant pendant le séjour. Elles sont réservées à la direction et à l'assistant(e) sanitaire, et détruites 3 ans après le séjour. Droits d'accès, de rectification et d'effacement : welcome.guadeloupe@gmail.com.