Prénom de l'enfant :
Nom de l'enfant :

Fiche Sanitaire de Liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur le suivi sanitaire de l'enfant dont vous avez la responsabilité pendant son séjour chez REVELO. Elle remplace le carnet de santé.

Merci de l'amener directement au départ du séjour, ainsi qu'une copie du carnet de vaccination et de ne pas nous l'envoyer.

I. Séjour

Nom du séjour : ..... Du .... /.... /.... au .... /.... /....
Centre : .....

II. Enfant

Nom : ..... Prénom : .....
Age : ..... Date de naissance : .... /..../....
Poids : .....kg Taille : .....

III. Responsable de l'enfant

Nom et Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....
Tel. Portable : .... Tel. Domicile : ....
Tel. Travail : .... Tel. Autre : ....
À quel horaire ne peut-on vraiment pas vous joindre ? .....

IV. Vaccinations - *Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations.*

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de « non contre-indication à la présence de l'enfant en ACM avec hébergement » avec cette fiche sanitaire.
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication et est donc obligatoire.

Merci de joindre une copie du carnet de vaccination avec la fiche sanitaire.

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				BCG	
OU Tétracoq				Autres (à préciser)	

V. Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐

*Si oui, joindre **une ordonnance** récente et **les médicaments** correspondants (boîtes de médicaments et notices dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant).*

Aucun médicament ou traitement homéopathique (même en vente libre) ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.

Prénom de l'enfant :
Nom de l'enfant :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Cocher dans le tableau)

Maladie	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes articulaires aigus	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Scarlatine
OUI									
NON									

Est-il asthmatique ?

☐ Allergique Déclencheur : .....
☐ A l'effort ☐ Non

Conduite à tenir en cas de crise (si automédication, le signaler) :
.....
.....

Allergies :
Médicamenteuses : ☐ OUI ☐ NON Alimentaires : ☐ OUI ☐ NON
Autres : ☐ OUI ☐ NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :
.....
.....

VI. Recommandations des responsables

Sait nager sans brassards : ☐ OUI ☐ NON Est à l'aise dans l'eau : ☐ OUI ☐ NON

D'ordre médical (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, dentaires, etc.) :
.....
.....

D'ordre général (régime alimentaire, énurésie nocturne, difficulté de sommeil, etc.) :
.....
.....

Je soussigné(e), ..., responsable de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées, conformément aux C.G.V. de REVELO.

Pour donner l'autorisation au jeune **de plus de 15 ans** à quitter le groupe en totale autonomie le dernier jour du séjour merci de remplir les informations ci-dessous. Il ne sera plus sous la responsabilité des encadrant.es du séjour :
NOM et Prénom du jeune : .....
Destination : .....

Fait à ..... **Le .... /.... /....**

Signature du représentant légal