

FICHE SANITAIRE

DE LIAISON

CAFEJ Albi
CENTRE D'ACCUEIL POUR LA
FAMILLE L'ENFANCE ET LA
JEUNESSE

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

1/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- Poids = _____ kg
- A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

- Suit-il un traitement médical particulier ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, remplir le PAI joint et fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

- A-t-il des allergies ? (si oui, compléter le PAI joint)

ASTHME : ☐ Oui ☐ Non

MEDICAMENTEUSES : ☐ Oui ☐ Non (Lesquelles :)

ALIMENTAIRES : ☐ Oui ☐ Non (Lesquelles :)

AUTRES :

Préciser la cause de l'éventuelle allergie et la conduite à tenir :

.....

- Porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, problème d'énurésie, etc... ?

☐ Oui ☐ Non (Lesquels :)

- A-t-il rencontré des difficultés de santé ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

.....

2/ VACCINATIONS

Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels
DTPolio (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)			
BCG			

3/ RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse (pendant le séjour) : _____

Téléphones : _____

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.
- autorise l'assistant sanitaire, à administrer à mon enfant, en cas de fièvre supérieure à 38° ou en cas de douleurs, le ou les médicaments suivants (cocher la ou les cases de votre choix) :

☐ Paracétamol (Efferalgan, Doliprane...)

☐ Ibuprofène (Advil...)

☐ Autre : _____

☐ Aucun médicament

Date :

Signature :

4 / CERTIFICAT MEDICAL (cette partie doit être obligatoirement complétée par le médecin traitant de l'enfant)

Je soussigné(e), Docteur _____

certifie que (nom, prénom) _____

☐ présente un état vaccinal à jour

☐ est apte à la vie en collectivité

☐ ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.

Remarques/observations : _____

Cachet du médecin :

Date de l'examen : _____

Signature :

Nombre de cases cochées : _____

5 / FIN DE SEJOUR (Cette fiche vous sera remise à la fin du séjour, après avoir été complétée par l'assistant sanitaire qui se sera occupé du suivi de votre enfant)

CAFEJ Albi
CENTRE D'ACCUEIL
POUR LA FAMILLE
L'ENFANCE ET LA
JEUNESSE

PAI
**(uniquement en cas d'allergie
ou de traitement)**

Photo

A/ Informations sur l'enfant

NOM :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom du représentant :		D. de N. :
Adresse :		

B/ Informations sur le centre d'accueil

Directeur : Mr Rampaud David Téléphone : 06.84.13.23.11

C/ Personnes à prévenir

Les parents ou représentants légaux

Noms			
Téléphones	Fixe :	Portable :	Travail :

Médecin traitant

Noms	
Téléphones	

Allergologue

Noms	
Téléphones	

D/ Autorisation des parents

Je soussigné(e) _____, père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'urgence du Docteur _____ (voir document joint).
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant au centre de vacances. Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Date :

Signature du représentant légal :