

LES VACANCES CONSTELLÉES

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche sanitaire permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles);

Accueil collectif de mineurs

L'école Léon Dierx – Rue Sainte-Marie 97400 Saint-Denis

L'école Ancien Théâtre - Rue Charles Gounod 97400 Saint-Denis

ENFANT :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : GARCON FILLE

VACCINATION :

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins Recommandés
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche
ou Dt Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Haemophilus
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pneumocoque
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX



L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

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



ALLERGIE

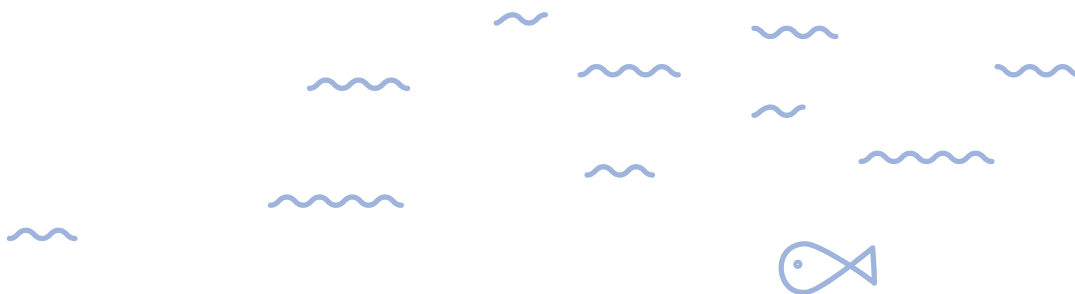
	Oui	Non
Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (animaux, plantes, pollen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? OUI NON

Précisez

Conduite à tenir et si automédication, merci de nous le signaler.



DIFFICULTÉS

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation). **Précisez les dates et les précautions à prendre :**

L'ENFANT PORTE :

	Oui	Non
Des lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des lentilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des aérateurs transtympaniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Téléphone :



LES VACANCES CONSTELLÉES

AUTORISATION POUR REPRODUIRE
OU DIFFUSER DES PHOTOS / VIDÉOS

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

En qualité de :



Donne à Constellation l'autorisation de reproduire et de diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Constellation de ma personne ou de celle de mon enfant

Pour les usages exclusifs suivants : communication de Constellation supports vidéos Constellation, illustrations de documents d'information Constellation, illustrations du site Internet Constellation.

Cette autorisation est valable pour une durée de 5 ans à compter de mars 2016.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne devront pas porter atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.





Fait le :

À :

Signature :







LES VACANCES CONSTELLÉES

AUTORISATION PARENTALE



Nous, parents ou responsables légaux de l'enfant  sommes informés que :



Tout accident grave ainsi que toute situation présentant ou ayant présenté des risques graves pour la santé et la sécurité physique et morale des mineurs accueillis doit être signalés sans délais au préfet du département du lieu d'accueil par les personnes organisant l'accueil des mineurs.

Tout accident ou toute maladie survenus pendant l'accueil doivent être signalés sans délai aux représentants légaux du mineur concerné.

Les représentants légaux du mineur hospitalisé sont informés de la sortir prochaine du mineur. Le mineur sortant de l'hôpital ne peut être confié qu'à son représentant légal et aux tierces personnes expressément autorisées par celui-ci.

En cas d'urgence, nous soussignés :

Autorisons la personne responsable de l'accueil à orienter et à faire transporter notre enfant accidenté ou malade, par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

Autorisons le médecin à pratiquer tous les soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie sur notre enfant.

Autorisons en notre absence, la personne responsable de l'accueil à accompagner notre enfant sortant de l'hôpital

Autorisons la personne responsable de l'accueil à donner à notre enfant les médicaments prescrits par le médecin appelé pendant l'accueil.



Fait le :
À :
Nom et signature des
parents ou responsables
légaux: