



Association pour Soutenir la Pastorale des Ados de Toulouse.

cerfa

CAMP RUGBY SPI

N° 10008*02

**F4 FICHE SANITAIRE
DE LIAISON JEUNES**

1- ENFANT

| | | | | |
|---------------------|----------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Nom : | | | | |
| Prénom : | | | | |
| Date de naissance : | | | | |
| Sexe | Masculin | <input type="checkbox"/> | Féminin | <input type="checkbox"/> |

Dates du séjour au Lieu

Cette fiche permet de recueillir toutes les information sanitaires nécessaires au séjour de l'enfant.
Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé et vous sera rendu à la fin du séjour.

2 - Vaccination (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| Vaccins obligatoires | oui | non | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | oui | non | Dates |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Diptérie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Hépatite B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Poliomyélite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Coqueluche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ou DT polio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Autres (préciser) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ou Tétracoq | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| BCG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

ATTENTION : JOINDRE IMPERATIVEMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente pas de contre-indication.

3 -Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

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

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DE L'ORDONNANCE

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

| | oui | non | | oui | non | | oui | non |
|------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rubéole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rhumatisme articulaire aigü | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oreillons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Varicelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rougeole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Scarlatine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Allergies | oui | non |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alimentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médicamenteuses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Autres allergies | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler, et joindre l'ordonnance valide)

Indiquez ci-après : **les difficultés de santé** (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opérations, rééducation, etc...), ou **tout autre difficulté médicale pouvant avoir des répercussions sur le séjour** (**anorexie, crises d'angoisse**, malaise vagal, perte de mémoire, crise de spasmes, boulimie, sujet à la fatigue, etc...), **ainsi que les précautions à prendre.**

[Yellow box for health difficulties and precautions]

4- Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditive, des prothèses dentaires, etc... précisez, ou autre point de vigilance

[Yellow box for parental recommendations]

5 - Coordonnées du responsable légal de l'enfant (personne à contacter en cas d'urgence)

Nom [] Prénom []

Adresse pendant le séjour []

Complément d'adresse []

Code postal [] Ville []

Tél. fixe domicile []

Tél. portable M. []

Tél. portable Mme []

Tél. fixe prof. M. []

Tél. fixe prof. Mme []

Facultatif : Nom du médecin traitant [] Tél. []

Le reste est à remplir à la main :

Je soussigné
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.

Le : Signature :
À :

A remplir par le directeur à l'intention des familles :

Abbé Aymar de Langautier 26 avenue de Castelnau 31380 Montastruc la Conseillère 068026412 camprugbyspi@gmail.com

ASPAT

Observations :

[Yellow box for observations]