



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACANCES ÉTÉ - CONGRÈS CEMÉA 2021

1

PHOTO

Transport Oui Non

Séjour
du..... au.....

Tranche d'âge 4-5 ans 6-9 ans 10-13 ans 14-17 ans

Nom de l'enfant : F M

Prénom :

Date de naissance :

Adresse où réside l'enfant (*adresse du lieu de vie principal*)

.....

Code Postal : Ville :

Responsable légal de l'enfant : Père Mère Autre :

Coordonnées du responsable légal 1	Coordonnées du responsable légal 2	Coordonnées du responsable administratif (si différentes)
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
.....
Code postal :	Code postal :	Code postal :
Ville :	Ville :	Ville :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél Travail :	Tél Travail :	Tél Travail :
Tél Portable :	Tél Portable :	Tél Portable :
E-mail :@	E-mail :@	E-mail :@
Profession :	Profession :	Profession :
<input type="checkbox"/> Garde exclusive	<input type="checkbox"/> Garde exclusive	Lien avec l'enfant :
	<input type="checkbox"/> Garde alternée

Niveau équestre : débutant ou entourez le dernier galop validé : 1 2 3 4 5 6

IMPORTANT : NOM ET N° DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE À CONTACTER PENDANT LE SÉJOUR

- L'enfant dépend-il de l'Aide Sociale à l'enfance ? oui → n° de département : non
 → L'enfant est-il en famille d'accueil ? oui → n° de département : non
 → Situation familiale pouvant aider l'équipe d'animation (séparation, décès, autres...) :

.....

à noter si vous le jugez nécessaire

Depuis quand ?

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

N° d'allocataire CAF :ou MSA :

N° de S.S : qui couvre l'enfant

Nom et adresse du centre payeur :

Nom et adresse de la mutuelle :

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

Mettre une croix	oui	non	oui	non	oui	non
Rubéole			Rougeole		Coqueluche	
Oreillons			Otites		Scarlatine	
Varicelle			Asthme		Méningite	
Angine			Rhumatisme articulaire aigu			

ALLERGIES :

Asthme : oui non

Médicamenteuses : oui non

Alimentaires : oui non

Autres

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

.....

DIFFICULTÉS DE SANTÉ

(Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

Précisez les dates et les **précautions à prendre**.

.....

Attention : Les difficultés non signalées pourraient amener l'équipe à interrompre le séjour de l'enfant si celles-ci se révélaient importantes.

L'enfant dépend-il de la **MDPH** (Maison départementale des personnes handicapées) oui non

TRAITEMENT MÉDICAL

L'enfant doit-il suivre un traitement pendant son séjour ? oui non peut-être

Raisons médicales :

.....

Si oui ou peut-être, **APPORTER IMPÉRATIVEMENT UNE ORDONNANCE RÉCENTE LE JOUR DE L'ACCUEIL**

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....

AUCUN MÉDICAMENT NE SERA ADMINISTRÉ À L'ENFANT SANS ORDONNANCE, QUEL QU'EN SOIT L'USAGE (y compris antalgiques, pommades...)

RÉGIME ALIMENTAIRE

Pas de régime particulier

Sans porc

Végétarien

Végan

Végétalien

Allergie alimentaire :

Autre :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Précisez :

S'agit-il d'un premier séjour loin des parents ?

oui non

L'enfant sait nager :

oui ; quelle distance : non

Précisions :

L'enfant sait faire du vélo :

oui, avec assurance oui, avec appréhension non

Précisions :

L'enfant est-il énéurétique ?

oui non occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée :

oui non

Pour les adolescents, l'enfant est-il autorisé à fumer :

oui non

Précisions :

Si l'enfant souhaite partager le même hébergement qu'un autre enfant du même sexe :

Nom et prénom de l'autre enfant :

REMARQUES OU RECOMMANDATIONS

Souhaitez-vous nous préciser des informations complémentaires sur votre enfant ?

Ces informations permettront de faciliter la prise en charge de votre enfant par ses animateurs référents (besoins et habitudes au moment de l'endormissement, gestion de ses émotions, degrés d'autonomie pour gérer sa vie quotidienne, besoin de sommeil ...)

En cas d'accident ou de maladie, le Centre s'efforce, le plus rapidement possible, de prévenir les parents. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le centre pourra être amené à conduire l'enfant au Service des Urgences le plus proche.

Mon enfant sera en séjour avec l'association Cavale du/...../..... au/...../..... .
/...../..... au/...../..... .
/...../..... au/...../..... .

J'autorise toute intervention chirurgicale nécessitée par l'état de santé de mon enfant, pour le cas où aucun responsable légal ne pourrait être joint en temps utile pour être présent et pour consentir à cette intervention. oui non

J'autorise le Centre, en cas d'indisponibilité, à reprendre l'enfant à la sortie de l'Établissement de santé. J'autorise le Directeur(trice) du Centre de Vacances à prendre toute mesure rendue nécessaire par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale). oui non

Je soussigné(e), Mme / Melle / M.

Responsable légal de l'enfant :

■ Déclare avoir pris connaissance des conditions générales sur la brochure et y souscrire.

■ M'engage à venir accueillir l'enfant à son retour
 ou confie l'enfant à :

M. ou Mme :

Lien avec l'enfant :

■ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

■ Autorise celui-ci à participer au séjour et déclare qu'il est apte à pratiquer les activités énumérées sur le programme.

■ M'engage à payer la part des frais incombant à la famille qui auraient été avancés par l'organisateur : frais médicaux, d'hospitalisation ou d'opération éventuelle.

■ Autorise un responsable de séjour à transporter mon enfant en voiture ou en car pendant le séjour.

■ M'engage à prendre en charge, en cas d'inadaptation dûment justifié, les frais de retour de l'enfant et de l'accompagnateur ou à venir le chercher moi-même.

■ Autorise l'enfant à être photographié ou filmé pour les éventuelles promotions du centre.

En cas de refus, je joins un courrier précisant l'interdiction.

■ Déclare qu'à ce jour, l'enfant ne présente aucune contre-indication à la vie en collectivité.

Fait à :, le

Mention manuscrite « *Lu et approuvé* »
 + signature responsable légal obligatoire

**CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE
À UNE ACTIVITÉ SPORTIVE**

Je soussigné(e), Docteur :

Exerçant à :

Certifie avoir examiné l'enfant :

Né(e) le : / /

Demeurant à :

.....
.....

Je déclare que l'enfant est **apte** à une activité sportive et ne présente pas de contre-indication à la pratique de l'équitation

Date et signature :

Cachet :

..... / /

La délivrance du certificat médical de non contre-indication est désormais obligatoire **tous les 3 ans** et non plus chaque année comme le prévoyait la loi Buffet de 1999.
Merci donc de conserver l'original du certificat médical ou une copie afin de pouvoir l'utiliser pour une éventuelle inscription en séjour de vacances !
(nous ne nous engageons pas à l'archivage de ce document)

DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AVANT LE SÉJOUR

VOTRE DATE D'ÉCHÉANCE : Merci de transmettre votre dossier par mail (en PDF) ou par courrier au plus tard 1 mois avant la date de début du séjour de vacances.

POUR TOUS LES SÉJOURS

- La **Fiche Sanitaire** remplie dans sa totalité. AUTORISATIONS à cocher et signer
- Le **règlement du solde** du séjour
(sauf prise en charge totale départementale, participation parents ou famille accueil à régler avant le séjour).
- La **photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale**
(document indispensable que vous pouvez demander à votre caisse par Internet)
ou de la carte CMU à jour. (PAS DE photocopie de la Carte Vitale, c'est inutile)
- La **photocopie de la mutuelle complémentaire** à jour (sauf si CMU).
- Un **Certificat Médical d'Aptitude** à une activité sportive
(à faire remplir au dos de la fiche sanitaire par votre médecin traitant ou joindre un certificat libre au dossier) de moins de 3 ans à la date du début du séjour. Attention, les certificats étant valables 3 ans, merci de transmettre une copie et de garder l'original pour toute inscription future, nous ne conservons aucun document à l'issue des séjours de l'année en cours.
- L'attestation d'assurance de **responsabilité civile** (pensez à vérifier que celle-ci couvre votre enfant pour les colonies)
- La **photocopie des vaccins** à jour
- Si l'enfant suit un traitement pendant son séjour, joindre l'**ordonnance aux médicaments**. (cf explications dans la fiche sanitaire)

Nous vous rappelons qu'aucun document ne sera conservé à la fin de l'année. Tout dossier sera à re-constituer pour l'année suivante, merci donc de garder un exemplaire original (certificats, attestations...)
Tout enfant sera refusé si le dossier est incomplet.

Nous ne vous confirmons pas l'arrivée du dossier,
nous vous informons pour tout document manquant par mail, téléphone ou sur votre facture