Photo d’identité

Si oui (ou autre allergie), préciser la **conduite à tenir** :

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**EEDF Grand Nancy**

NOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Barrer la mention inutile : ANNEE SCOLAIRE / SEJOUR

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VACCINATIONS

se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations

**JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE SANTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS OBLIGATOIRES |  | Date du dernier rappel | AUTRES VACCINS |  | Date du dernier rappel |
| Diphtérie | oui / non |  | Hépatite B | oui / non |  |
| Tétanos | oui / non |  | ROR | oui / non |  |
| Poliomyélite | oui / non |  | Coqueluche | oui / non |  |
| BCG | oui / non |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Si pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

MALADIES DEJA EUES ?

rayer la mention inutile

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rubéole | oui / non | Oreillons | oui / non |
| Varicelle | oui / non | Scarlatine | oui / non |
| Rougeole | oui / non | Coqueluche | oui / non |
| Angine | oui / non | Otite | oui / non |
|  |  | Rhumatismes articulaires aigüs | oui / non |

ALLERGIES

Asthme **oui / non**

Alimentaire **oui / non**

Médicamenteuse **oui / non**

Y A-T-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ?

rayer la mention inutile : **oui / non**

Si oui, **joindre une ordonnance récente** (moins de 3 mois) et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées avec la notice)

Si la personne est sujette à des maux réguliers de ventre, dos, tête, etc., joindre une ordonnance « au cas où » car aucun médicament ne peut être donné sans ordonnance

QUELQUES INFOS

Personne propre au lit **oui / occasionnellement non / non**

Personne réglée **oui / non**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lunettes | **oui / non** | Appareils auditifs | **oui / non** | Appareil dentaire | **oui / non** |

**Autres infos, consignes particulières à savoir ?** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations en précisant les dates et les précautions à prendre)

AUTORISATION D’ADMINISTRATION DE SOINS MEDICAUX

à remplir par les responsables légaux

Je soussigné-e (NOM Prénom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

agissant en tant que (père, mère, responsable légal) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

demeurant au (adresse, code postal, ville, pays) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél. portable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur :

(NOM Prénom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Né-e le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :

(NOM Prénom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien de parenté\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél. portable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte. Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.**

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature (obligatoire, précédée de la mention "*lu et approuvé*")