



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le camp de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du camp. Merci de la remplir avec soin.

Camps InterJeunes organisés du 10 au 23 juillet 2024 à St Just en Chevalet

IDENTITÉ DU JEUNE

NOM	Prénom	Sexe (M/F)	Date de naissance

RESPONSABLES DU JEUNE (à prévenir en cas d'urgence)

NOM et prénom	lien avec le jeune	Téléphone 1	Téléphone 2

VACCINATIONS À JOUR

Vaccin	Date du dernier rappel	Vaccin	Date du dernier rappel
Diphtérie		Haemophilus influenzae	
Tétanos		Hépatite B	
Poliomyélite		Rubéole Oreillons Rougeole (ROR)	
ou DT polio		Tuberculose (BCG)	
ou Tétracoq		Coqueluche	

TRAITEMENT RÉGULIER PENDANT LE CAMP :Le jeune suit-il un traitement médical pendant le camp ?

NON

OUI : Joindre une **ordonnance** médicale récente et les **médicaments** correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. **Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.** Préciser le traitement ci-dessous.

.....
.....
.....

MALADIES Cochez les maladies que votre enfant a déjà eues :

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

ALLERGIES

Préciser les allergies éventuelles (*asthme, médicamenteuses, alimentaires...*) et la conduite à tenir.
En cas de traitement antihistaminique ou ventoline, joindre une **ordonnance** et les **médicaments** de la même manière que pour un traitement régulier. **Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.**

.....
.....
.....

PROBLÈMES DE SANTÉ PASSÉS OU ACTUELS

Maladie, accident, handicap, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation... Merci d'indiquer les dates des événements et les précautions à prendre.

.....
.....
.....

POINTS D'ATTENTION CONCERNANT LE JEUNE

Préciser ici toutes les informations qui pourraient être utiles. Par exemple : *troubles du sommeil, mouille son lit, saignements de nez, hyperactivité, handicap, prothèses auditives ou dentaires, port de lunettes ou de lentilles, habitudes alimentaires - en particulier rapport à la viande ...*

.....
.....
.....

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du camp à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Numéro de sécurité sociale couvrant l'enfant :

Date : Signature du responsable légal :

OBSERVATIONS EVENTUELLES PENDANT LE CAMP (*à remplir par la direction*)

.....
.....
.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné·e

Responsable légal·e de l'enfant

l'autorise à participer à toutes les activités du camp, autorise le responsable à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires **et m'engage à rembourser les frais engagés par les CIJE.**

Je note que l'encadrement des camps peut être amené à transporter mon enfant dans un véhicule personnel ou loué par l'association selon les besoins (acheminement, activités, rendez-vous médicaux).

Je certifie avoir **communiqué toutes les informations nécessaires** pour la meilleure prise en charge de mon enfant et le bon déroulement du camp auquel il est inscrit.

Je déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions générales d'inscription au séjour de l'Association Camps Interjeunes.

Je m'engage à verser le solde du séjour au plus tard le 25 juin 2025. Je déclare avoir pris connaissance qu'en cas de départ anticipé ou maladie, aucun remboursement automatique n'est prévu.

Fait le : / / 2025 à.....

Signature :