

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	___/___/___
Du DT coq	___/___/___
Du Tétracoq	___/___/___
D'une prise polio RAPPELS	___/___/___
	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM	___/___/___
	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... /___/___
 /___/___
 /___/___

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. _____ N° DE TEL _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

.....

 ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

Autorisation de reproduction et de représentation de photographie pour une personne mineure (Droit à l'image)

ENTRE : Mme, M _____ et Mme, M _____

Demeurant _____

Dénommé(e) ci-après "LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX "

Représentants légaux de l'enfant dont le nom est _____

Né(e) le ___/___/___ à _____

Demeurant

à _____

Dénommé(e) ci-après "L'ENFANT"

ET : LA LIGUE DE BRETAGNE DE HANDBALL

Dont le siège est : 7 Route de Vezin – CS 44006 – 35040 RENNES CEDEX

Représenté par sa présidente : Mme Sylvie LE VIGOUROUX

Par le présent document, les REPRÉSENTANTS LÉGAUX autorisent LA LIGUE DE BRETAGNE DE HANDBALL à filmer, photographier, interviewer mon enfant à l'occasion des compétitions, stages, entraînements, manifestations ou autres organisées sous la responsabilité du Comité du Morbihan de Handball.

En conséquence, les REPRÉSENTANTS LÉGAUX autorisent la LIGUE DE BRETAGNE DE HANDBALL à fixer, reproduire, communiquer et modifier par tout moyen technique les photographies et vidéos réalisées dans ce cadre.

Les photographies et vidéos pourront être reproduites en partie ou en totalité sur tout support (papier, numérique, magnétique, tissu, plastique etc.) et intégrées à tout autre matériel (photographie, sites internet, dessin, illustration, vidéo, animations etc.) connus et à venir dans un cadre strictement non commercial.

Les photographies pourront être cédées à des tiers (Conseil Départemental, DDJSCS, CDOS,...)

Fait à _____ le _____

LES REPRÉSENTANTS LEGAUX
Bon pour accord et signature

Sylvie LE VIGOUROUX
Présidente de la Ligue de Bretagne de
Handball