



les Crinières de l'Ouest

Équitation de pleine nature

Équitation éthologique

<https://lescrinieresdelouest.com>

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, puis de nous la remettre rapidement.

Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées au responsable sanitaire du séjour et, le cas échéant, aux services médicaux.

SÉJOUR

Intitulé:.....
Séjour du:.....au.....

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom :
Prénom :
Né(e) le :

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom:..... Prénom:.....
Adresse:.....
Code postal:..... Ville:.....
Coordonnées téléphoniques de la mère: Coordonnées téléphoniques du père:
Domicile:..... Domicile:.....
Mobile: Mobile:
Travail: Travail:
Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence:
Nom: Numéro:
Nom: Numéro:

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical? Oui Non
Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin avec les médicaments correspondants.
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)
Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.
L'enfant a-t-il des allergies?
Asthme: OUI: NON: Alimentaires OUI: NON: Médicamenteuses: OUI: NON:
Autre :
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler):
.....
.....
.....

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuelles problèmes ou difficultés de santé -énurésie, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,...- en indiquant les précautions à prendre.

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

Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires?

Précisez s'il est astreint à un régime alimentaire particulier:

.....

Autre(s) information(s) importante(s):

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

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

MALADIES	OUI	NON
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		
Rougeole		
Oreillons		
Scarlatine		
Otite		
Rumatisme articulaire aigu		
Angine		

VACCINATIONS

L'enfant a-t-il satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations :

OUI

NON (merci de joindre un certificat médical de contre-indication)

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Docteur:..... Téléphone:.....

Adresse :

.....

.....

ENGAGEMENT DU REONSABLE LÉGAL

Je soussigné(e).....,

responsable légal de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date:

Signature: