

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON****1 - ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON ☐FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date :

Signature :

## Inscription à l'école d'escalade du Club Alpin de Chambéry : saison 2016/2017

*Attention, il est impératif d'être à jour de sa cotisation CAF et d'avoir fourni tous les documents demandés lors de l'inscription avant de commencer l'activité. Même pour les jeunes de l'an dernier*

### Coordonnées (une fiche par jeune)

NOM, Prénom du jeune : .....

Né(e) le : .....

NOM, Prénoms des parents : .....

Adresse : .....

Téléphone des parents : .....

Mail des parents : .....

Téléphone du jeune : .....

Mail du jeune : .....

Inscription au créneau : .....

Un des parents( ou grand parent) est-il adhérent ? NON OUI n°licence : .....

### Documents à fournir à l'inscription :

Pour tous, l'adhésion CAF sera prise ou renouvelée dès septembre. Seuls les dossiers complets seront traités. , donc pensez :

**CERTIFICAT MEDICAL ( aptitude aux sports de montagne)**

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**AUTORISATIONS PARENTALE + SORTIE + PRISE DE VUE SIGNED**

### **Certificat médical d'aptitude aux sports de montagne et de l'escalade**

Je soussigné(e), Docteur /

Certifie avoir examiné :

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique de l'escalade et des sports de montagne, en loisir, ou compétition.

A le

Signature et cachet du médecin :

## Autorisation parentale

Les sports de montagne comportent certains risques. Ils demandent une attention particulière à la préparation des activités, à la sécurité, à l'encadrement... Les jeunes devront respecter les règles énoncées par les encadrants.

Je soussigné(e) Mr, Mme .....

Parent de .....

Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par le CAF de Chambéry pour la saison 2016/2017 : escalade, via ferrata, canyon...

J'autorise les responsables ou les participants aux sorties à transporter mon enfant dans tout véhicule.

J'autorise les responsables à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'ai pris connaissance auprès du responsable des conditions d'encadrement, des risques encourus dans les sports de montagne.

Pour chaque sortie, je prend connaissance du rendez-vous de début d'activités, du rendez-vous de retour d'activité, du matériel et de la tenue à prévoir ainsi que du pique nique si nécessaire.

Date.....

Signature des parents.

### Autorisation de sortie

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de la séance d'escalade.

OUI

NON

### Prise de vue

J'autorise le CAF à utiliser à des fins de communication (site internet, flyers, affiches) des photos de mon/ma fils/ fille.

Date : .....

Signature des parents