



ASSOCIATION PIÂN'PIÂNE

100 Chemin de l'Épine
76430 SAINT VIGOR D'YMONVILLE

Téléphone : **09 62 18 25 82**

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</p> <p style="text-align: center;">Septembre 2020–Août 2021</p> <p style="text-align: center;">MTP i</p> <p><i>Code PP :</i> _____</p> | <p>NOM : _____</p> <p>PRENOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>N° Allocataire CAF : _____</p> |
|--|---|

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de la personne ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|--|-----|-----|----------------------------|-----------------------------------|-------|
| DT Polio (Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite) | | | | BCG | |
| Ou Tétracoq | | | | Rubéole – Oreillons - Rougeole | |
| Ou Pentacoq | | | | Autres (préciser) | |

Si la personne n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LA PERSONNE ACCUEILLIE

Suit-elle un traitement médical ? oui non

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

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

A-T-ELLE DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|------------|-----------|----------|--------------------------------|------------|
| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ | SCARLATINE |
| OUI NON | OUI NON | OUI NON | OUI NON | OUI NON |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| OUI NON | OUI NON | OUI NON | OUI NON | |

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES (*) oui non AUTRES.....

(*) Si allergies alimentaires, précisez lesquelles :.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)
(si certificat médical, joindre une copie)

.....
.....
.....
.INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

.....
.....
3 – RECOMMANDATIONS UTILES

Taille : Poids :

SUIT-ELLE UN REGIME ALIMENTAIRE POUR DES RAISONS RELIGIEUSES ? SI OUI, LEQUEL ?

.....
PORTE T-ELLE DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... ? PRECISEZ.

.....
4 – RESPONSABLES LEGAUX, TUTEUR DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

PERE / Famille Accueil

MERE/ Famille Accueil

| | |
|----------------------------|----------------------------|
| NOM : | NOM : |
| PRENOM : | PRENOM : |
| ADRESSE : | ADRESSE : |
| | |
| TEL. FIXE DOMICILE : | TEL. FIXE DOMICILE : |
| TEL. PORTABLE : | TEL. PORTABLE : |
| TEL BUREAU : | TEL BUREAU : |
| COURRIEL : | COURRIEL : |

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (NOM, PRENOM, TEL.) :

.....
NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

BENEFICIEZ-VOUS DE LA C.M.U. (***) ? OUI NON

.....
5 – ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE :

NUMERO DU CONTRAT :

.....
6 – DROIT D'IMAGE

J'AUTORISE

JE N'AUTORISE PAS

L'association Piân'Piâne à utiliser les photographies éventuelles de la personne accueillie afin d'illustrer les supports d'information et de communication (brochures par exemple) ainsi que le site internet.

Je soussigné(e)responsable légal, tuteur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de la personne accueillie. Je m'engage également à régler tous les frais qui en résulteraient.

7 – J'ATTESTE AVOIR JOINT A CETTE FICHE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES POUR

..... (NOM – PRENOM DE LA PERSONNE ACCUEILLIE).

Date : Signature :

(***) C.M.U. : Couverture Maladie Universelle