

## LISTE DES NUMEROS D'URGENCE

<b>SAMU</b>	<b>15</b>
<b>POMPIERS</b>	<b>18</b>
<b>GENDARMERIE</b>	<b>17</b>

ENFANCE MALTRAITEE 119

CENTRE ANTI-POISON 05 56 96 40 80

MEDECIN PMI 05 57 51 48 70 ou 05 56 78 99 09

MEDECIN REFERANT (VAYRES)  
Docteur Baron : 05 57 74 83 58

HOPITAL DES ENFANTS 05 56 79 56 79

HOPITAL DE LIBOURNE 05 57 55 34 34

CLEAA 05 56 72 57 70

## MARCHE A SUIVRE EN CAS D'ACCIDENT

- 1) Eviter le sur accident.**  
Ne pas déplacer ou bouger l'accidenté  
Couvrir l'accidenté
- 2) Alerter les secours**  
(priorité : alerter le 15)  
Décrire calmement l'accident avec précision et le lieu.
- 3) Faire les premiers soins en attendant les secours.**  
Assister l'accidenté jusqu'à l'arrivée des secours.
- 4) Entre-temps : prévenir la direction du CLEAA**

**Nom :**

**Prénom :**

Canailous : PS  MS  GS

Gobelins : CP  CE1

Noucenus : CE2  CM1  CM2

Espace Jeunes (6ème et plus) :



# FICHE SANITAIRE

**2019 - 2020**

**CLEAA**

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	Nom de l'enfant : .....
	Prénom : .....
	Nom des parents ou tuteur : .....
	Date de naissance de l'enfant : ___/___/___/___
	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

**VACCINATIONS** COPIE JOINTE (se référer au carnet de santé de l'enfant )

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication  
**ATTENTION** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune autre contre-indication

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** actuellement ?      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

**ALLERGIES :**

ASTHME      oui  non       MEDICAMENTEUSES      oui  non   
ALIMENTAIRE      oui  non       AUTRES : .....

**PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

(si automédication le signaler) :  
.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.  
Précisez.

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

**PERSONNES A CONTACTER SI URGENCE (PARENTS OU AUTRES)**

MAMAN	PAPA
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse: ..... ..... .....	Adresse: ..... ..... .....
Tél 1 : ___ - ___ - ___ - ___ - ___	Tél 1 : ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Tél 2 : ___ - ___ - ___ - ___ - ___	Tél 2 : ___ - ___ - ___ - ___ - ___
AUTRE PERSONNE	AUTRE PERSONNE
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse: ..... ..... .....	Adresse: ..... ..... .....
Tél 1 : ___ - ___ - ___ - ___ - ___	Tél 1 : ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Tél 2 : ___ - ___ - ___ - ___ - ___	Tél 2 : ___ - ___ - ___ - ___ - ___

**La production d'un certificat médical pour les activités physiques dites à risque est obligatoire.**

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

Date : \_\_\_\_\_      Signature :

**COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU CENTRE DE LOISIRS**  
**Centre de Loisirs Enfants - Adolescents - Adultes**  
5 bis Route de la Mairie  
33750 BEYCHAC ET CAILLEAU  
Tél. : 05 56 72 57 70