

NOM :

Prénom :

Renseignements concernant l'enfant :

A-t-il déjà séjourné en centre de vacances ?

Oui

Non

Sait-il nager ?

Oui

Non

Classe/niveau scolaire

Activité artistique pratiquée

Activité sportive pratiquée

Nombre et âge des frères

Nombre et âge des sœurs

« Le PASS Nautique » ou le « Savoir Nager » est obligatoire pour la pratique du surf

MERCI DE FOURNIR UNE COPIE

Les responsables de l'enfant :

(À renseigner en lettres MAJUSCULES)

A Monsieur Madame

B Monsieur Madame

Nom

Nom

Prénom

Prénom

Situation familiale

Profession

Profession

Adresse postale

Adresse postale (si différente)

Code postal

Code postal

Ville

Ville

Mobile

Mobile

Tél. fixe

Tél. fixe

Courriel **A**

Courriel **B**

Le/la responsable du séjour se réserve le droit de demander aux parents de venir chercher leur enfant si le comportement de ce dernier met en péril la sérénité ou la sécurité du groupe.

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche indispensable mérite toute votre attention. Elle recueille les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant et évite de vous démunir de son carnet de santé

CENTRE OU SEJOUR

DATES

1- L'enfant

(A renseigner en lettres MAJUSCULES)

NOM : Prénom :

Filles

Date de naissance :

Nationalité :

Garçon

/ /

2- Vaccinations

Tout enfant né avant janvier 2020 DOIT ÊTRE VACCINÉ POUR POUVOIR ÊTRE INSCRIT (contre Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP), Coqueluche...) sauf contre indication médicale

Date du dernier vaccin/rappel DTP : / /

JOINDRE OBLIGATOIREMENT : la COPIE DES CERTIFICATS DE VACCINATIONS À JOUR avec nom et prénom de l'enfant ou un certificat médical qui indique que l'enfant est à jour de ses vaccinations.

Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

3- Renseignements médicaux concernant l'enfant

Poids : kg Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suivra-t-il un traitement pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE

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

	Oui	Non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ALIMENTAIRES Oui Non _____

MÉDICAMENTEUSES Oui Non _____

AUTRES (Précisez:) Oui Non _____

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la **cause** de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**

RÉGIME ALIMENTAIRE : Oui Non

Si oui : Sans porc Sans viande Végétarien

Autre :

NOM :

Prénom :

4- Antécédents médicaux

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...)

Problèmes de santé	Date

5- Recommandations des responsables de l'enfant

(port de lentilles, prothèses dentaires, difficultés de sommeil, comportement de l'enfant, autres...)

Précisez :

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Occasionnellement Non

S'il s'agit d'une fille, est elle réglée ? Oui Non

6- Responsable de l'enfant à contacter en cas d'urgence

NOM

PRÉNOM

Profession

Adresse postale (pendant la période du séjour)

Code postal Ville

Mobile Tél. fixe

Courriel

N° de S.S. Organisme

Adresse du centre payeur

*Si vous bénéficiez de la CMU, joindre une copie de l'attestation de droit CMU détaillant les bénéficiaires

NOM :

Prénom :

7- Recommandations du centre de vacances

Nous rappelons que :

- Le/la responsable du séjour se réservera le droit de demander aux parents de venir chercher leur enfant si le comportement de ce dernier met en péril la sérénité ou la sécurité du groupe.
- La structure n'est pas responsable des pertes ou "disparition" d'objets de valeur non indispensables en colonie de vacances (bijou, portable...)

8- Autorisations

Je soussigné, responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'enfant à participer au séjour et à l'ensemble des activités.

J'autorise à fixer, reproduire et communiquer en interne, aux responsables légaux des enfants et aux membres de l'association les photographies prises durant le séjour.

J'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. Et j'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels que l'association aura avancés pendant le séjour.

Date :

Signature (obligatoire) :

Partie réservée au centre de vacances

Arrivée le/...../.....

Groupe

Départ le/...../.....

Equipe

Animateur / Animatrice

Observations faites pendant le séjour :

Par le médecin (Nom, adresse et N° de tél.)

Par le responsable du séjour (Nom, adresse)