

Nom du séjour : _____ Dates du séjour : du _____ au _____

l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : N° _____ Rue _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ / Age : _____ M F

Poids : _____

Photo
(obligatoire SVP)**les vaccinations**Votre enfant est-il à jour de sa vaccination obligatoire DT POLIO (joindre impérativement les photocopies des pages du carnet de santé de votre enfant) : oui non

Autres vaccinations (à préciser) : _____

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication aux vaccins et d'autorisation à participer à un séjour en collectivité.**les maladies**

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole oui non Varicelle oui non Angine oui non Rhumatismes oui non Scarlatine oui non Coqueluche oui non Otite oui non Rougeole oui non Oreillons oui non **Informations médicales**

Votre enfant est-il sujet aux :

Angines oui non Asthme oui non Rhumatismes oui non Allergies oui non

Si oui lesquelles _____

Autres _____

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, lequel ? _____

Joindre OBLIGATOIREMENT 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

> Voir suite au dos...

la santé

Indiquez **ses difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) en indiquant les dates et **les précautions à prendre** : _____

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc. (précisez) : _____

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui non S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non

Suit-il un régime alimentaire ? oui non Si oui, lequel ? _____

(Joindre OBLIGATOIREMENT un certificat médical)

Recommandations des parents (le caractère, le sommeil ou tout autre information utile sur votre enfant) : _____

Nom et coordonnées du Médecin traitant : _____

le responsable de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____

_____ N° de Sécurité Sociale : _____

Assurance responsabilité civile : Compagnie : _____

Contrat N° : _____ Agence : _____

Il est impératif de joindre une copie de l'attestation de prise en charge en cours de validité de l'organisme concerné - SS, MSA : oui non **Bénéficiez-vous de la CMU ? (Couverture Médicale Universelle) :** oui non (Joindre attestation en cours de validité)

Personne à contacter : _____

Numéro de téléphone à joindre pendant le séjour : Fixe : _____

Portable : _____ e-mail : _____

autorité parentale

Je soussigné(e) _____, responsable de l'enfant _____, atteste que mon enfant est apte à la pratique des activités prévues au programme du séjour, déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant précité.

Fait à _____, le _____

Signature