FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : n° ..... rue .....

Code Postal ..... Ville .....

Né(e) le : ..... Age ..... ans / Sexe ☐ M - ☐ F / Taille : ..... m ..... / Poids : ..... kg

Les VACCINATIONS

Joindre impérativement les photocopies du carnet de santé de votre enfant. Les vaccinations à jour sont obligatoires, sinon joindre un certificat médical datant de moins de trois mois.

Votre enfant est-il à jour de sa vaccination DT Polio ? ☐ oui ☐ non

Autres vaccinations (précisez svp) : .....

.....

Les MALADIES

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

Rubéole	☐ oui ☐ non	Rhumatismes	☐ oui ☐ non	Otite	☐ oui ☐ non
Varicelle	☐ oui ☐ non	Scarlatine	☐ oui ☐ non	Rougeole	☐ oui ☐ non
Angine	☐ oui ☐ non	Coqueluche	☐ oui ☐ non	Oreillons	☐ oui ☐ non

Autres (précisez) : .....

.....

Tout traitement devra être accompagné d'une prescription médicale et d'une autorisation parentale. Joindre obligatoirement l'ordonnance originale récente ainsi que les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice et marqué au nom de l'enfant SVP).

Votre enfant est-il sujet aux :

Angines ☐ oui ☐ non **Asthme** ☐ oui ☐ non **Rhumatismes** ☐ oui ☐ non

Indiquez les autres **difficultés de santé éventuelles** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) avec leurs dates et les **précautions à prendre** : .....

.....

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

Les INFORMATIONS MÉDICALES & la SANTÉ

L'enfant est-il allergique ?

* à un médicament ☐oui ☐non si oui, lequel : .....
* à un aliment ☐oui ☐non si oui, lequel : .....
* à autre chose ☐oui ☐non si oui, quoi : .....

L'enfant suit-il un régime alimentaire (fournir un certificat médical avec protocole svp) ?

* régime végétarien ☐oui ☐non / régime sans porc ☐oui ☐non
* autre régime (précisez) : .....

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles de contact, prothèses auditives ou dentaires (précisez) ?

.....

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

.....

Autres renseignements ou recommandations importantes (caractère, sommeil, phobies) :

.....

DROIT À L'IMAGE

Sauf refus écrit de votre part, la paricipation de votre enfant vaut autorisation de diffusion de son image sur les supports de communication de l'association.

Le RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : n° ..... rue .....

Code Postal ..... Ville .....

N° de tél. portable : ..... N° de tél. fixe : .....

Email .....

N° de sécurité sociale : ..... Centre payeur : .....

J'atteste que mon enfant est couvert par **une assurance responsabilité civile et une individuelle accidents corporels C/99** :

Assurance : Compagnie : ..... N° de contrat : .....
Joignez impérativement une copie de l'attestation de prise en charge de l'organisme concerné (Sécurité Sociale, MSA, ...) en cours de validité.

L'enfant bénéficie-t-il de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ?
☐oui ☐non (si oui, veuillez joindre l'attestation)

Je soussigné, ☐père ☐ mère ☐ tuteur, **responsable légal du participant déclare :**

- **avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions et de séjour,**
- **autoriser mon enfant à participer à toutes les activités du centre,**
- **autoriser les responsables du séjour à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin**
- **m'engager à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, de transport ainsi que les frais d'hospitalisation éventuels**

à ..... le ..... signature :