Fiche Sanitaire

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant (en aucun cas ne donner ce carnet)

Si le jeune a plus de 16 ans fournir sa carte vitale/ carte européenne personnelle au moment du départ.

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Groupe sanguin : Poids de l'enfant :

VACCINATIONS :

Vaccins obligatoires : Oui Non

Dates des derniers rappels Vaccins recommandés :

Diphtérie Hépatite B Tétanos

Rubéole-Oreillons-Rougeole Poliomyélite Coqueluche Ou DT Polio

Autres (préciser) :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Tétra coq BCG

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

 Si oui joindre une photocopie d'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.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : Rubéole Varicelle Angines Rhumatisme articulaire aigu Scarlatine Coqueluche Otites Rougeole Oreillons

ALLERGIES :

Asthme oui non

SPLAF

Médicamenteuses oui non

Alimentaires oui non

Autres (Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication, le signaler)

 DIFFICULTES DE SANTE (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) Précisez les dates et les précautions à prendre

 L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non parfois

 Si c'est une fille, est-elle réglée ? oui non

AUTORISATIONS

Rappel : Les photos ou vidéos prises durant les centres de vacances pourront être utilisées ultérieurement (brochure d'information, catalogue, site Internet…) sans qu'aucune compensation ne puisse être réclamée.

Je soussigné(1) :.....

(1)Nom et prénom du responsable

autorise ..... (Nom et prénom du jeune) à pratiquer toutes les activités sportives organisées durant le séjour ; m'engage à reverser à l'organisateur en cas de maladie du jeune pendant le séjour, le montant des dépenses engagées pour le traitement ;

Nota : Ces frais sont remboursés en partie par la Sécurité Sociale. Les risques d'accident et de maladie, entraînant l'hospitalisation, font l'objet de notre part d'une assurance spéciale complémentaire déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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. Si vous ne pouvez pas venir chercher votre enfant au retour du séjour, merci de nous fournir une attestation signée de votre main en nous mentionnant les modalités de retour du jeune (retour seul ou nom des personnes qui le prendront en charge).

A ..... , le ..... (Faire précéder la signature de la mention "Lu et Approuvé")

Signature

SPLAF