

# 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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatismes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Angine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 participation 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 ..... Ville .....

Code Postal ..... N° de tél. fixe : .....

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 Cj99 :

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 :