

**INDIQUEZ CI-APRES :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Photo

**4/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. :

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  OUI  OCCASIONNELLEMENT  NON

5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT :

adresse durant le séjour :

Code Postal : Ville

Tél.domicile : Tél.durant le séjour :

Nom du médecin traitant : Tél.:

Indiquez 2 personnes en précisant le rapport\* (famille, amis, voisins) à contacter si nous ne pouvions vous joindre

Nom tél : rapport\*

Nom tél : rapport\*

Adresse de votre CPAM :

N° de sécurité sociale :

Si vous bénéficiez d'une prise en charge à 100%, nous remettre impérativement une copie de l'attestation de la sécurité sociale.

Je soussigné, ..... , responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**voire signature obligatoire :**

DATE : .....

Observations du Directeur du Centre :



**INDIQUEZ CI-APRES :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Photo

**4/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. :

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT :

adresse durant le séjour :

Code Postal : Ville

Tél.domicile : Tél.durant le séjour :

Nom du médecin traitant : Tél.:

Indiquez 2 personnes en précisant le rapport\* (famille, amis, voisins) à contacter si nous ne pouvions vous joindre

Nom tél : rapport\*

Nom tél : rapport\*

Adresse de votre CPAM :

N° de sécurité sociale :

Si vous bénéficiez d'une prise en charge à 100%, nous remettre impérativement une copie de l'attestation de la sécurité sociale.

Je soussigné, ..... , responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**voire signature obligatoire :**

DATE : .....

Observations du Directeur du Centre :





MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS



N° 10006\*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1/ ENFANT : Nom Prénom Séjour n°
Garçon Fille Date de naissance Du
Lieu de naissance Au

2/ VACCINATIONS : Remplir à partir du carnet de santé, ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, OUI, NON, Dates des derniers rappels, VACCINS recommandés, Dates des derniers rappels. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, ou DT Polio, ou Tétra coq, BCG and Hépatite B, Rubéole-Oreillons-, Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON
SI OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

IMPORTANT : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Form for medical conditions: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINES, SCARLATINE, RHUMATISMES ARTICULAIRE AIGÛ, COQUELUCHE, OTITES, OREILLONS. Includes OUI/NON checkboxes.

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON ALIMENTAIRE OUI NON AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) .....



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS



N° 10006\*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1/ ENFANT : Nom Prénom Séjour n°
Garçon Fille Date de naissance Du
Lieu de naissance Au

2/ VACCINATIONS : Remplir à partir du carnet de santé, ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, OUI, NON, Dates des derniers rappels, VACCINS recommandés, Dates des derniers rappels. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, ou DT Polio, ou Tétra coq, BCG and Hépatite B, Rubéole-Oreillons-, Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON
SI OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

IMPORTANT : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Form for medical conditions: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINES, SCARLATINE, RHUMATISMES ARTICULAIRE AIGÛ, COQUELUCHE, OTITES, ROUGEOLE, OREILLONS. Includes OUI/NON checkboxes.

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON ALIMENTAIRE OUI NON AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) .....