



FICHE SANITAIRE

PHOTO

L'ENFANT:

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F M
Date de naissance : / / Lieu de naissance : _____ Nationalité : _____
Pointure : _____ Taille (hauteur en cm) : _____ Poids (en kg) : _____
Autorisation de droits à l'image pour le blog du séjour OUI NON

SEJOUR CHOISI, CONVOYAGES :

Nom du séjour : _____ **Option** (à renseigner obligatoirement pour les séjours concernés) : _____
Période : du _____ au _____
Ville de Départ et Retour* : _____

*Si vous déposez ou récupérez votre enfant sur le centre par vos propres moyens, merci d'indiquer « SUR PLACE »

LE RESPONSABLE LEGAL :

Autorité Parentale : Mère Père Foyer Maison d'Enfants Autre (précisez) : _____
Situation familiale : Marié Divorcé Veuf Vie en couple Célibataire
Nom : _____ Prénom : _____
Adresse (où seront envoyés les documents du séjour) : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Tél. domicile obligatoire (Resp. Légal) : _____ Email : _____
Tél. bureau (mère) : _____ Tél. bureau (père) : _____
Tél. portable (mère) : _____ Tél. portable (père) : _____
En cas d'absence du responsable légal, personne à contacter : Nom : _____ Tél : _____
Qualité (grands-parents, voisin, éducateur...) : _____

Autorisation de quartier libre : OUI NON (uniquement pour les séjours adolescents)

L'enfant sait-il nager ? OUI NON

Pour les séjours neige

DEBUTANT INTERMEDIAIRE CONFIRME NIVEAU OBTENU : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Ces renseignements seront utiles à l'équipe d'animation pendant le séjour de votre enfant, merci d'indiquer toute information que vous jugez importante.

N° de Sécurité sociale de l'enfant : _____
Caisse de Sécurité sociale : ville et (département) : _____ ()
Coordonnées Mutuelle : _____
Bénéficiaire CMU ? OUI NON

A JOINDRE AU DOSSIER :

- Photocopie du carnet de vaccinations
- Copie de l'attestation CMU (si affilié)
- Copie du Test d'aisance aquatique (si demandé dans le cadre du séjour)

• L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole Varicelle Coqueluche
 Scarlatine Oreillons Asthme Otites
 Rougeole Angines Rhumatismes

• L'enfant fait-il parfois « pipi au lit » ? OUI NON
• S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON
• Votre enfant fume-t-il ? OUI NON

• Indiquer ici les problèmes de santé rencontrés en précisant les dates
(Maladies graves, accidents, crises, hospitalisations, opérations, dyslexie...)

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON
Lequel ? _____

L'enfant devra-t-il suivre un traitement pendant le séjour ? OUI NON
Lequel ? _____

L'enfant suit-il un régime alimentaire ? OUI NON
Lequel ? _____

Dans ce cas, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance du traitement et un petit mot explicatif en annexe si nécessaire.

Tournez SVP

ALLERGIE:

ASTHME : OUI NON ALIMENTAIRE : OUI NON Laquelle _____
MÉDICAMENTEUSE : OUI NON Laquelle _____ AUTRES : _____

**Préciser la cause de l'allergie-si automédication le signaler – régime spécial à joindre
JOINDRE OBLIGATOIREMENT avis médical + conduite à tenir établis par un médecin**

A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE LÉGAL :

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 (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à rembourser à Aventures Vacances Énergie les éventuels frais médicaux et frais annexes dont l'avance m'aura été faite.

OBSERVATIONS SANITAIRES FAITES PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR :

DATE ET SIGNATURE :
