



# FICHE SANITAIRE

## A insérer dans votre espace personnel

PHOTO

### L'ENFANT:

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  IL  ELLE  IEL

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Pointure : \_\_\_\_\_ Taille (hauteur en cm) : \_\_\_\_\_ Poids (en kg) : \_\_\_\_\_ **OBLIGATOIRE POUR LES SEJOURS SKI**

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...) : \_\_\_\_\_

**Ski** :  débutant //  intermédiaire //  Confirmé Quel niveau ? \_\_\_\_\_

**Snow** :  débutant //  intermédiaire //  Confirmé Quel niveau ? \_\_\_\_\_

**Freestyle** :  Confirmé (niveau « confirmé » **obligatoire**)

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

L'enfant sait-il nager ?  OUI  NON

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT

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

Bénéficiaire CMU ?  OUI  NON

#### A JOINDRE AU DOSSIER :

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

Rubéole  Varicelle  Coqueluche

Scarlatine  Oreillons  Asthme

Otites  Rougeole  Angines

Rhumatismes  Covid-19

• Indiquer ici les problèmes de santé rencontrés en précisant les dates

(Maladies graves, accidents, crises, hospitalisations, opérations, dyslexie...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Lequel ? \_\_\_\_\_

- **Photocopie du carnet de vaccinations (OBLIGATOIRE)**

- **Copie de l'attestation CMU (si affilié)**

- **Copie du Test d'aisance aquatique (si demandé dans le cadre du séjour)**

• 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

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

L'enfant suit-il un régime alimentaire ?

AUCUN REGIME  SANS PORC  SANS VIANDE

AUTRES (à préciser) \_\_\_\_\_

**Dans ce cas, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance du traitement (datant de moins de 3 mois à la date du séjour) et un petit mot explicatif en annexe si nécessaire.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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.

**DATE ET SIGNATURE :**

**OBSERVATIONS SANITAIRES FAITES PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR :**

---

---

---