



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PHOTO

Nom séjour : du au

Enfant

Nom : Prénom : Sexe : M / F

Né(e) le : Age pendant le séjour :

Parents

M. Prénom :

Adresse : CP VILLE

Tél. domicile : Tél. bureau : Portable :

Email :

Mme Prénom :

Adresse : CP VILLE

Tél. domicile : Tél. bureau : Portable :

Email :

Personne à prévenir en cas d'absence des parents

MM.

Adresse : CP VILLE

Tél. domicile : Tél. bureau : Portable :

Antécédents médicaux

Les renseignements ci-dessous sont strictement confidentiels.

Pour que votre enfant évolue en toute sécurité, avec un maximum de confort physique et moral, précisez toutes les informations qui vous semblent utiles à son meilleur accueil. Précisez également ce qui doit être su par le médecin en cas de maladie ou accident (antécédents, maladie chronique, handicaps éventuels...)

rhumatismes	<input type="checkbox"/>	varicelle	<input type="checkbox"/>	asthme	<input type="checkbox"/>	oreillons	<input type="checkbox"/>
convulsions	<input type="checkbox"/>	scarlatine	<input type="checkbox"/>	bronchites	<input type="checkbox"/>	otites	<input type="checkbox"/>
rubéole	<input type="checkbox"/>	coqueluche	<input type="checkbox"/>	sinusites	<input type="checkbox"/>	angines	<input type="checkbox"/>
rougeolle	<input type="checkbox"/>						

Interventions chirurgicales

appendicite

autres opérations

hospitalisations

rééducation

Etat de santé

appareil dentaire

lunettes ou lentilles

régime alimentaire

allergies

traitement

En cas de traitement, mettre les médicaments dans leur boîte avec l'original de l'ordonnance dans le bagage de l'enfant, ainsi qu'une attestation donnant l'autorisation au responsable du séjour d'administrer le traitement à l'enfant.

Vaccinations

Nom vaccin	Date vaccin	Date 1 ^{er} rappel	2 ^{eme} rappel	Observations
Pentacoq				
DTCP				
DT				
DT POLIO				
BCG				
Variole				
Hépatite B				
ROR				
Serum				

Je soussigné(e) Né(e) le Père, Mère, Tuteur (rayez les mentions inutiles) de l'enfant certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements consignés ci-dessus, et autorise le responsable de centre de vacances où doit séjourner mon enfant, à prendre toute mesure d'ordre médical dans son intérêt (comme assurer son transfert dans le centre de soin le plus adapté, faire pratiquer si nécessaire une intervention chirurgicale, une prise de sang, une transfusion, une anesthésie...)

Je m'engage aussi auprès de l'organisateur du séjour à rembourser la totalité des frais médicaux qui seront avancés au cours du séjour.

Fait à : Le,

Signature

Recommandations des parents ou observations :

N'hésitez pas à nous communiquer tout autre renseignement vous paraissant important pour le bien-être de votre enfant (peurs, problèmes physiques, goûts...)