

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, puis de nous la remettre rapidement. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées au responsable sanitaire du stage ou séjour et, le cas échéant, aux services médicaux.

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

FILLE

GARÇON

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LÉGAUX DU MINEUR

NOM PRÉNOM QUALITÉ

TÉLÉPHONEPORTABLE DOMICILE TRAVAIL

NOM PRÉNOM QUALITÉ

TÉLÉPHONEPORTABLE DOMICILE TRAVAIL

Autres personnes autorisées à récupérer les enfants :

NOM TÉLÉPHONE QUALITÉ

NOM TÉLÉPHONE QUALITÉ

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, merci de joindre une ordonnance de moins de trois mois du médecin traitant avec les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicale (information sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

3. INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Régime alimentaire de l'enfant

Sans Porc Végétarien

Information concernant le régime alimentaire de l'enfant

Port de lunettes Appareils dentaires

Appareils auditifs Enurésie nocturne

Autres informations que vous jugez utile de transmettre à l'équipe

4. ÉTAT DES VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccination de l'enfant

Vaccins obligatoires	Date	Recommandés	Date
<input type="checkbox"/> DT Polio	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ou Tétracoq	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hépatite B	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ROR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poliomyélite	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diphtérie	<input type="text"/>	Autres (préciser)	<input type="text"/>

Rappel : vous devez fournir un document attestant que votre enfant est à jour des vaccins obligatoires (copie carnet de santé page DTP uniquement avec le nom de l'enfant visible ou un certificat médical).

5. ÉTAT DES MALADIES ENFANTINES

L'enfant a déjà eu les maladies suivantes :

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Rougeole
<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Scarlatine

7. NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Docteur

Téléphone

6. AUTRES INFOS

- Selon notre charte éco-responsable, dans une optique d'entraide mais aussi pour des raisons écologiques et économiques nous encourageons le covoiturage pour accompagner les enfants sur le lieu. J'autorise que l'on communique mes coordonnées à une famille voisine demandeuse
- J'autorise la prise de photographies ou prise de vue représentant mon enfant. Les photos seront transmises par accès internet privé après le projet.
- De plus, j'autorise l'utilisation, la diffusion et la publication des photographies sur lesquelles mon enfant serait présent dans le cadre de documents de communication (brochure, visionnage lors de manifestations publiques pour la promotion de la structure, mise en ligne sur le site Internet) de l'association Sensactifs.

8. ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

NOM

PRÉNOM

DATE

QUALITÉ DU SIGNATAIRE