

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Personne responsable de l'enfant : père, mère, tuteur *

* rayer les mentions inutiles

Nom du père : Prénom :

Nom de la mère : Prénom :

Nom du tuteur : Prénom :

Adresse habituelle du responsable de l'enfant :

.....

.....

Code postal : Ville :

Téléphones : /

N° de Sécurité Sociale :

Adresse de la caisse :

Code postal : Ville :

Téléphones : /

Bénéficiez-vous d'une mutuelle ? **OUI*** **NON***

* rayer les mentions inutiles

Laquelle ? (nom, adresse) :

.....

Code postal : Ville :

Les activités nautiques (voile, canoë, kayak ...) nécessitent de savoir nager.

Quelle distance parcourt votre enfant à la nage ?

MALADIES

Typhoïde : Scarlatine : Rougeole :

Diphtérie : Coqueluche : Oreillons :

Otite : Asthme : Rhumatisme :

Allergie(s) :

Autres maladies - indiquer lesquelles et dates :

.....

.....

VACCINS

(indiquer l'année des vaccinations et injections de sérums)

Vaccin contre la variole : Revaccination :

Vaccin contre la diphtérie-tétanos : Rappel :

Vaccin contre la diphtérie-tétanos-typhoïdes : Rappel :

Vaccin contre la poliomyélite : Rappel :

Vaccin par le B.C.G :

Sérum antidiphtérique :

Sérum antitétanique :

Autres sérums (indiquer lesquels) :

.....

Urines albumines : Oui Non **Sucre :** Oui Non

Incontinence d'urine : Oui Non

L'enfant (s'il s'agit d'une fille) est-elle réglée ? Oui Non

Autres renseignements pouvant intéresser le Responsable sanitaire :

.....

.....

**Ne confiez pas le Carnet de Santé à votre enfant,
il est préférable de lui donner une photocopie**

AUTORISATION PARENTALE

À remplir obligatoirement

Nous, soussignés,
père, mère, tuteur (2), responsable du jeune

- 1** autorisons l'enseignant ou le Directeur du Centre de Vacances, à faire soigner notre fils, notre fille (2) et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- 2** Nous nous engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels
- 3** En cas de renvoi pour des raisons d'hospitalisation, nous nous engageons à prendre à notre charge les suppléments dus au retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.

A Le

Signatures

(2) rayer les mentions inutiles



FICHE SANITAIRE

Référence du séjour :

Dates : du au

Nom du Centre :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse personnelle :

.....

.....

Code postal : Ville :

Téléphone :

.....