

FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

RENSEIGNEMENTS

Nom : Prénom :

Adresse : n° rue

Code Postal Ville

Né(e) le : Age ans / Sexe M - F / Taille : m / Poids : kg

VACCINATIONS

Joindre impérativement les photocopies du carnet de santé de votre enfant. Les vaccinations à jour sont obligatoires, sinon joindre un certificat médical datant de moins de trois mois.

Votre enfant est-il à jour de sa vaccination DT Polio ? oui non

Autres vaccinations (précisez svp) :

Les MALADIES

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubeole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Rhumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Angine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
			Otite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
			Rougeole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
			Oreillons	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Autres (précisez) :

Tout traitement devra être accompagné d'une prescription médicale et d'une autorisation parentale. Joindre obligatoirement l'ordonnance originale récente ainsi que les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice et marqué au nom de l'enfant SVp).

Votre enfant est-il sujet aux :

Angines oui non

Asthme oui non

Rhumatismes oui non

Indiquez les autres difficultés de santé éventuelles (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) avec leurs dates et les précautions à prendre :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

INFORMATIONS MÉDICALES ET SOCIALES

L'enfant est-il allergique ?

* à un médicament oui non si oui, lequel :

* à un aliment oui non si oui, lequel :

* à autre chose oui non si oui, quoi :

L'enfant suit-il un régime alimentaire (fournit un certificat médical avec protocole svp) ?

* régime végétarien oui non / régime sans porc oui non

* autre régime (précisez) :

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles de contact, prothèses auditives ou dentaires (précisez) ?

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non Si il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non

Autres renseignements ou recommandations importantes (caractère, sommeil, phobies) :

DROIT À L'IMAGE

Sauf refus écrit de votre part, la participation de votre enfant vaut autorisation de diffusion de son image sur les supports de communication de l'association.

LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse : n° rue

Code Postal Ville

N° de tél. portable : N° de tél. fixe :

Email :

N° de sécurité sociale : Centre payeur :

J'atteste que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et une individuelle accidents corporels Cigg :

Assurance : Compagnie : N° de contrat : (Sécurité Sociale, MSA, ...) en cours de validité.

L'enfant bénéficia-t-il de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ?
 oui non (si oui, veuillez joindre l'attestation)

Le soussigné, père mère tuteur, responsable légal du participant déclare :

- avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions et de séjour,
- autoriser mon enfant à participer à toutes les activités du centre,
- autoriser les responsables du séjourn à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin
- m'engager à payer la part des frais de séjour incomptant à la famille, les frais médicaux, de transport ainsi que les frais d'hospitalisation éventuels

à le signature :

signature :

