



Nom de l'enfant :

Ecole :

Prénom de l'enfant :

Classe :

Sexe :

Date de naissance :

Date inscription :

Nage t-il :

Brevet Natation :

Certificat médical :

Autorisation d'intervention médicale :

Médecin traitant :

(Nom, prénom, ville, N° tél.)

.....

Demande de PAI OUI NON
(repas spécifiques en cas d'allergies, enfant atteint de handicap....)

Bus départ :Bus retour :

L'enfant rentre-t-il seul ?

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant

Nom du responsable :

Prénom du responsable :

Mail :@.....

Adresse :

Code postal - Ville : Quartier :

Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

N° de sécu : Centre de sécu :

Employeur : Profession :

CAF :N° CAF : Autre Régime : N° :

Quotient :

Sous tutelle financière : Organisme de tutelle :

PERE : Nom : **Prénom :** **Né le :**

Adresse :

Code postal - Ville : Quartier :

Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

N° de Sécu. : Centre de Sécu. :

Employeur : Profession :

MERE : Nom : **Prénom :** **Née le :**

Adresse :

Code postal - Ville : Quartier :

Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

N° de Sécu. : Centre de Sécu. :

Employeur : Profession :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à, le :/..../.....

Signature

PIECES A JOINDRE

O Photocopie Brevet de natation

O Photocopie Avis d'imposition

O Photocopie CAF ou MSA si versement prestations

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
B.C.G.					
MONOTEST					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non
 Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
 Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CLAIRES :
 LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC. PRECISEZ.

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :
 ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
 NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
 Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
 COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

ADPEP 28
 1 RUE DU 14 JUILLET
 28000 CHARTRES
 Tél. : 02.37.88.14.14 Fax : 02.37.35.61.73 Email :

OBSERVATIONS

