

NOM du participant (en majuscule) : .....

Prénom : .....

Âge : .....

**PHOTO  
RECENTE**

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### Maladies contractées (cases à cocher) :

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

### Allergies (cases à cocher) :

- |                                         |                                       |                                          |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme         | <input type="checkbox"/> Alimentaires | <input type="checkbox"/> Médicamenteuses |
| <input type="checkbox"/> Autres : ..... |                                       |                                          |

### Traitement (cases à cocher) :

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une photocopie d'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.

### Autres difficultés de santé (opérations, accidents) :

(Précisez le cas échéant les dates, et éventuelles précautions à prendre)

.....  
.....  
.....

### Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir :

(Si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....

### Autres informations médicales :

Groupe sanguin : .....

Taille : .....

Poids : .....

### Vaccinations (remplir ou joindre une photocopie des vaccinations du carnet de santé)

- |                                                                                                   |                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtérie, Tétanos, Poliomélyte (DTP) (date dernière vaccination : ..... | <input type="checkbox"/> Infections invasives à pneumocoque (date dernière vaccination : ..... |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B (date dernière vaccination : .....)                           | <input type="checkbox"/> Meningocoque (A B C W Y) (date dernière vaccination : .....)          |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche (date dernière vaccination : .....                            |                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Rougeoles, Oreillons, Rubéole (ROR) (date dernière vaccination : .....   | <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae de type B (date dernière vaccination : .....   |
| <input type="checkbox"/> Autres : .....                                                           |                                                                                                |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

## AUTRES INFORMATIONS

Régime alimentaire particulier : .....

L'enfant mouille-t-il au lit ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnellement

Si c'est une fille, est-elle réglée ? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce son premier départ en collectivité ? ☐ Oui ☐ Non

Porte-t-il des lunettes ? des lentilles ? ☐ Oui ☐ Non si oui, précisez : .....

Porte-t-il des aides auditives ? ☐ Oui ☐ Non

Porte-t-il un appareil dentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Nom et numéro du médecin traitant : .....

N° de Sécurité Sociale couvrant l'inscrit : .....

Si le participant a plus de 16 ans, fournir sa carte vitale personnelle le jour du départ

Bénéficiez-vous de l'aide Médicale (CMU) ? ☐ Oui ☐ Non

Joindre obligatoirement l'attestation de prise en charge CMU en cours de validité à la date du séjour

### Recommandations et observations des responsables légaux

(Notez ici toutes les indications que vous jugez utiles (comportement de l'enfant, recommandations particulières etc.)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Si vous ne pouvez pas venir chercher votre enfant au retour du séjour, merci de nous fournir une attestation signée de votre main en nous mentionnant les modalités de retour du jeune (retour seul ou noms des personnes qui le prendront en charge).

Je soussigné(e) .....

responsable légal de l'enfant .....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, engage ma responsabilité en cas d'inexactitude ou oubli de signaler tout traitement, suivi ou antécédent médical.

J'autorise l'Aroéven et le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par

l'état de santé de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

**Signature obligatoire  
du responsable légal :**