



# FICHE SANITAIRE DE RENSEIGNEMENTS



CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR

NOM DU SEJOUR : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

Sexe : F  M  Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

Nationalité : ..... Poids : ..... Taille : ..... cm

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> représentant légal <input type="checkbox"/>	NOM ..... Prénom .....
--	------------------------

Adresse : .....

Domicile \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ) Portable1 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ) Portable2 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

E.mail \_\_\_\_\_

### IMPORTANT

► En cas d'urgence pendant le séjour, merci de nous indiquer comment nous pouvons vous joindre, 24/24h et 7j/7

fixe : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ) portable : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse du responsable du jeune pendant le séjour : .....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) .....

### OBSERVATIONS (merci de remplir soigneusement cette rubrique)

C.M.U (Couverture Maladie Universelle) oui  non  (Pour les bénéficiaires de la C.M.U fournir impérativement la photocopie de l'attestation C.M.U)

Noter ici toutes les indications que vous jugez utiles (comportement de l'enfant, recommandations particulières, régime alimentaire...)

### LE CAS ECHEANT, éducateur ou assistante sociale en charge du jeune joignable avant, pendant et après le séjour

NOM : ..... : .....

### RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

D'ordre médical (port de lentilles, de lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.)

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

TOURNEZ LA PAGE SVP

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## → VACCINATIONS

A remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations. (**Merci de joindre obligatoirement** la copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations mais en aucun cas, vous ne devez nous remettre le carnet de santé)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates	Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  <u>ATTENTION</u> Le vaccin anti-tétanique est obligatoire et ne présente aucune contre-indication.
Diphtérie				Hépatite B		
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite				coqueluche		
Ou DT Polio				Haemophilus de type b		
Ou Tétracoq				Pneumocoque		
BCG				Méningocoque		

Groupe sanguin : ..... (facultatif)

## → RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 remis au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

→ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine	Coqueluche	Otites	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"/>	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"/>

### ALLERGIES :

Asthme oui  non

Alimentaires oui  non

Médicamenteuses oui  non

Autres.....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui  non  parfois

Si c'est une fille, est-elle réglée ? oui  non

L'enfant fait-il de l'asthme à l'effort ? oui  non

**DIFFICULTES DE SANTE** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) Préciser les dates et les précautions à prendre.

## AUTORISATIONS

**Pour rappel (cf droit à l'image) :** Les photos ou vidéos prises durant le centre de vacances pourront être utilisées ultérieurement (brochure d'information, catalogue, site Internet...) sans qu'aucune compensation ne puisse être réclamée à l'Aroéven.

**Je soussigné** .....

(nom, prénom du responsable)

**Autorise**.....

(nom, prénom du jeune)

① A pratiquer toutes les activités sportives organisées durant le séjour.

② M'engage à reverser à l'Aroéven, en cas de maladie du jeune pendant le séjour, le montant des dépenses engagées pour le traitement.

○ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, auto-test covid 19) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**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 nom des personnes qui le prendront en charge).**

Fait à ..... Le .....

(Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé »)

**Signature**

### A REMPLIR PAR LE DIRCTEUR

**Observations ou soins donnés pendant le séjour :** .....