



Fiche Sanitaire

Vacances Farwest Enfants



En cas d'absolue nécessité, cette feuille sera présentée au corps médical, médecin, hôpital, etc... Il est INDISPENSABLE de la remplir LISIblement ... merci

DATES DES SEJOURS :

(Cocher la case du séjour correspondant)

- Du Samedi 07/07 au Vendredi 20/07/2018 *** Du Samedi 21/07 au Vendredi 03/08/2018
- Du Dimanche 05/08 au Samedi 18/08/2018 *** Du Samedi 18/08 au Vendredi 31/08/2018

{ Transport prévu de PARIS _____ }

Je souhaite accompagner directement l'enfant sur le centre de vacances : oui non

RENSEIGNEMENTS, CONCERNANT L' ENFANT :

NOM (en majuscules) sexe.....

Prénom usuel.....

Date de naissance

Adresse

Téléphone

L'enfant est-il déjà parti en groupe ?

Désire être dans la même équipe que l'enfant (préciser) :

EN CAS D'URGENCE, PREVENIR :

NOMS et Prénoms

Adresse précise

Téléphone

Profession du père TEL :

Profession de la mère TEL :

Adresse et téléphone des parents pendant le séjour de leur enfant:

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE ORGANISME ?

- Particuliers Internet Municipalité CE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX INDISPENSABLES

NOM et PRENOM de l'enfant :

ALLERGIE (si oui, préciser ou joindre PAI ou autre document agrafé à cette feuille)

TRAITEMENT MEDICAL (si oui, joindre obligatoirement, la photocopie de l'ordonnance)

ANTECEDENTS

- TYPHOIDE DIPHTERIE COQUELUCHE ASTHME OREILLONS
 ROUGEOLE RUBEOLE SCARLATINE OTITE VARICELLE
 AUTRES (maladies, opérations, chirurgies, fractures, handicaps, etc...)

L'enfant suit-il un régime alimentaire ? (religion, médical, etc)

L'enfant est-il énurétique ? oui non De temps en temps

N° de Sécurité sociale (Parents)

Avez-vous une mutuelle? **OU CMU ?** (Préciser)

Avez-vous une autre assurance? (Préciser)

**VACCINATIONS (Préciser le mois et l'année des dernières injections)
 NE PAS JOINDRE DE CARNET DE SANTE NI DE PHOTOCOPIE**

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des vaccinations ou des derniers rappels
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OU : DT polio*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OU : Tétracoq*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Plus obligatoire depuis 2015)

Vaccins recommandés (non obligatoires)	Dates des vaccinations ou des derniers rappels
Hépatite B	
Rubéole-rougeole- Oreillons	
BCG	
Grippe H1N1	

En cas d'absence d'une vaccination obligatoire, joindre l'ordonnance médicale de contre-indication

[*DT-polio (ou REVAXIS) = Diphtérie + Tétanos + Poliomyélite]

[*Tétracoq (ou INFANRIX Tetra ou PENTACOQ) = Diphtérie + Tétanos + Poliomyélite + Coqueluche]

AUTORISATION PARENTALE (Obligatoire)

Je, soussigné, M ou Mme

représentant légal, tuteur, de l'enfant

- Autorise le responsable du séjour (Directeur et/ou Organisateur) à faire pratiquer tous les soins ou injections de sérum prescrits par le médecin, et si nécessaire en cas de maladie ou d'accident, autorise le chirurgien et/ou l'anesthésiste à opérer mon enfant, en cas d'absolue nécessité.
 - M'engage à prendre à ma charge les frais occasionnés par mon enfant pour un retour individuel (opposition, inadaptation ou mauvaise conduite, après accord avec le service jeunesse du CE ou de la municipalité)
 - Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du centre,
 - Autorise le centre « Far-West » à publier les photos, sur son site Internet (protégées par mot de passe)
 - M'engage à fournir avant le moment du départ, ce présent bulletin, dûment rempli et signé
 - Certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication pour tout séjour en collectivité.
- Je certifie avoir pris connaissance des conditions générales

Fait à le

SIGNATURE :



En cas d'absolue nécessité, cette feuille sera présentée au corps médical, médecin, hôpital, etc... Il est INDISPENSABLE de la remplir LISIBLEMENT ... merci