



ATTENTION > Pour confirmer l'inscription, merci de renvoyer cette fiche avant le séjour !

PRINTEMPS - 2018

Fiche Sanitaire



(Cocher la case du séjour correspondant)

Séjours de 5 jours

- du 09/04 au 13/04/18
- du 16/04 au 20/04/18
- du 23/04 au 27/04/18
- du 30/04 au 04/05/18

Séjours de 12 jours

- du 09/04 au 20/04/18
- du 16/04 au 27/04/18



Fiche sanitaire de « Vacances Farwest Enfants » Ces informations sont capitales merci de compléter LISIBLEMENT

{ Transport prévu de : PARIS } [dtbase/modif/transports/ : _____]

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

RENSEIGNEMENTS, CONCERNANT L' ENFANT :

NOM (en majuscule) sexe.....

Prénom usuel.....

Date de naissance

Adresse

Téléphone

L'enfant est-il déjà parti en groupe ?

Au centre farwest ?

Désire être dans la même équipe avec l'enfant (précisez) :

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

ALLERGIE (si oui précisez ou joindre PAI ou autre document)

.....

.....

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

.....

.....

ANTECEDENTS :

- TYPHOIDE DIPHTERIE COQUELUCHE ASTHME OREILLONS
 ROUGEOLE RUBEOLE SCARLATINE OTITE AUTRE :
 CHIRURGICAUX (opérations, fractures, etc.)
-
-

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

L'enfant est-il énurétique ?

N° de Sécurité sociale (Parents)

Avez-vous une mutuelle? OU CMU ? (Précisez)

Avez-vous une autre assurance? (Précisez)

VACCINATIONS (Précisez 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
Diphthérie	<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"/>	(Non obligatoire depuis 2015)

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

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

[*DT-polio (ou REVAXIS) = Diphthérie + Tétanos + poliomyélite]

[*Tétracoq (ou INFANRIX Tetra) (ou PENTACOQ) = Diphthérie + 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)

● 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 :

VACANCES FAR-WEST ENFANTS "Le Pavillon" 41170 – SARGE SUR BRAYE FAX: 02.54.72.83.57

Pour confirmer l'inscription, merci de faire parvenir ce bulletin, dans les plus brefs délais à cette adresse