

Fiche de renseignements

Juillet 2019



Nom : prénom

Fille - Garçon

né(e) le à

adresse précise

école classe

Père

Nom prénom

profession

lieu de travail

numéro de téléphone

Mère

Nom prénom

profession

lieu de travail

numéro de téléphone

nombre de frères de sœurs

Si vous n'êtes pas présent à votre domicile, à quelle adresse peut-on vous joindre, en cas d'urgence, pendant la durée du séjour ?

téléphone portable

n° immatriculation à la sécurité sociale

.
---	---	---	---	---	---	---	---

nom et adresse de votre caisse primaire d'assurance maladie :

nom et adresse de votre caisse complémentaire mutuelle :

Avez-vous des renseignements complémentaires à donner concernant votre enfant : (situation dans la famille, régime, sports ou exercices interdits, loisirs préférés,.....)

AUTORISATION : je soussigné

autorise, en cas d'urgence, la direction du centre de vacances à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements urgents (médicaux ou chirurgicaux) jugés nécessaires par le médecin.

J'autorise l'association La Maison Du Beau à utiliser des photos et des clichés où on peut voir mon enfant, pour les mettre sur le site internet de l'association ou sur un CD « souvenirs ».

Signature : Fait à le

Cette fiche de renseignements est à retourner à :
La Maison du Beau, (Audrey Pabst),
6 impasse du Prince d'Elbeuf,
54840 GONDREVILLE

Fiche sanitaire de liaison



1 - L'ENFANT :

NOM : Prénom :

date de naissance : garçon fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle vous sera rendue à la fin du séjour.

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 recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				autres (préciser)	
ou Tétracoq					
autres (préciser)					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente 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 pendant le séjour .

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

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES:

asthme : oui non médicamenteuses : oui non

alimentaires : oui non autres :

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

.....
.....

INDIQUEZ CI - APRES :

les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, mouille-t-il son lit même occasionnellement etc précisez

.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

adresse pendant le séjour

.....
.....

téléphone chez vous votre portable

sur votre lieu de travail

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif)

AUTORISATION :

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, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

date : signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

séjour organisé par **La Maison du BEAU - 110 rue de la République 54140 JARVILLE**

OBSERVATIONS pendant le séjour :

.....
.....

signature du directeur du séjour :