

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

*Personne responsable de l'enfant : père, mère, tuteur \**

*\* rayer les mentions inutiles*

Nom du père : ..... prénom : .....

Nom de la mère : ..... prénom : .....

Nom du tuteur : ..... prénom : .....

*Adresse habituelle du responsable de l'enfant :*

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

*N° de Sécurité Sociale :*

*Adresse de la caisse :* .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

**Bénéficiez-vous d'une mutuelle ?** OUI NON (1)

(1) cochez la case concernée

Laquelle ? (nom, adresse) : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

*Les activités nautiques (voile, canoë, kayak ...) nécessitent de savoir nager.*

Quelle distance parcourt votre enfant à la nage ? .....

## MALADIES

Typhoïde : ..... Scarlatine : ..... Rougeole : .....

Diphtérie : ..... Coqueluche : ..... Oreillons : .....

Otite : ..... Asthme : ..... Rhumatisme : .....

Allergie (s) : .....

Autres maladies - indiquer lesquelles et dates : .....

.....

.....

## VACCINS

(indiquer l'année des vaccinations et injections de sérums)

Vaccin contre la variole : ..... Revaccination : .....

Vaccin contre la diphtérie-tétanos : ..... Rappel : .....

Vaccin contre la diphtérie-tétanos-typhoïdes : ..... Rappel : .....

Vaccin contre la poliomyélite : ..... Rappel : .....

Vaccin par le B.C.G : .....

Sérum antidiphtérique : .....

Sérum antitétanique : .....

Autres sérums (indiquer lesquels) : .....

.....

Urines albumines : Oui Non Sucre : Oui Non

Incontinence d'urine : Oui Non

L'enfant (s'il s'agit d'une fille) est-elle réglée ? Oui Non

Autres renseignements pouvant intéresser le Responsable sanitaire :

.....

.....

**Ne confiez pas le Carnet de Santé à votre enfant, il est préférable de lui donner une photocopie**

## AUTORISATION PARENTALE

A remplir obligatoirement

Nous, soussignés,  
(père, mère, tuteur (2), responsable du jeune

- 1** autorisons l'enseignant ou le Directeur du Centre de Vacances, à faire soigner notre fils, notre fille (2) et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- 2** Nous nous engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels
- 3** En cas de renvoi pour des raisons d'hospitalisation, nous nous engageons à prendre à notre charge les suppléments dus au retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.

A ..... Le .....

Signatures

(2) rayer les mentions inutiles



# FICHE SANITAIRE



## CLASSE DE DECOUVERTE

Référence du séjour : .....

Dates : du ..... au .....

Nom du Centre : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....