

ENFANT Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ Sexe  M  F

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)  
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.**

VACCINS obligatoires	OUI	NON	DATES des derniers rappels	VACCINS recommandés	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
OU DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (précisez)	
OU Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
L'ENFANT suit 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 ET 1 PILLULIER marqués au nom de l'enfant avec la notice). **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

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

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

**ALLERGIES** Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (signaler si automédication) :

Médicamenteuses  OUI  NON \_\_\_\_\_  
 Alimentaires  OUI  NON \_\_\_\_\_  
 ASTHME :  OUI  NON \_\_\_\_\_  
 AUTRES : \_\_\_\_\_

Votre Ados fume-t-il ? Régulièrement  OUI  NON  
 OUI  NON Occasionnellement  OUI  NON

**RECOMMANDATIONS d'ordre général** régime alimentaire spécifique, comportement ...  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Votre Enfant sait-il nager ?  OUI  NON Notez oui s'il sait vraiment bien nager !

**INDIQUEZ les difficultés de santé** (maladies, crises convulsives, opération, rééducation, hospitalisation, en précisant les dates et les précautions à prendre)  
**RECOMMANDATIONS UTILES** précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires ...

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom et Adresse de votre Caisse d'AssuranceMaladie \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Numéro de sécurité des parents ou de vos enfants de plus de 16 ans ! \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**L'ENFANT SOUHAITE** partager la même chambre avec enfant de même sexe et - de 3 ans de différences d'âge) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SI UNE PERSONNE AUTRE QUE VOUS MÊME VIENT RECUPERER VOTRE ENFANT AU CENTRE AU BUS OU A LA GARE** précisez le Nom Prénom de la personne et informez la, qu'elle devra présenter une pièce d'identité \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE DE L'ENFANT** Nom prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse (pendant le séjour) \_\_\_\_\_  
 Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Autre téléphone \_\_\_\_\_  
 Nom du MÉDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

**ATTESTATION** Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_  
 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour qui aura lieu à la Colonie des Pyrénées Orientales (Centre Notre Dame) du Samedi 08 Juillet au Samedi 15 Juillet 2023, à être transporté(e) dans les véhicules utilisés pendant le séjour, autorise l'association à utiliser les photos, vidéos ou tout image où figure mon enfant pour illustrer ses activités, à transmettre mes coordonnées aux autres participants, autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues Nécessaires par l'état de mon enfant et m'engage à payer les frais de séjour m'incombant, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle, non remboursée par la sécurité sociale. J'ai pris connaissance également que je dois souscrire une assurance individuelle accident avec assistance intégrée pour la pratique des sports et loisirs.

Date : \_\_\_\_\_ Signature

JOINDRE UNE COPIE DES VACCINATIONS, de LA CARTE VITALE et DE L'ATTESTATION CPAM