



2 rue des Thermes Romains
42300 ROANNE Tel 04.77.71.67.08

Merci de REMPLIR au stylo bille et en lettres MAJUSCULES / 1 fiche par enfant
CETTE FICHE DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT TRANSMISE AVEC LA FICHE D'INSCRIPTION.

Séjour du...../...../ 20__ au/...../ 20__ . Lieu du séjour :

NOM :	PRENOM :
NE(e) LE / /	Garçon : ☐ Fille : ☐
ADRESSE :	
.....	

NOM DU RESPONSABLE :

TELEPHONE : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						PORTABLE : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
TRAVAIL : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											

Nom du médecin traitant (facultatif) :

Téléphone : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Carte CMU : OUI ☐ NON ☐ (nous joindre une photocopie)

Poids de l'enfant : N° Sécurité Sociale :

REGIMES PARTICULIERS (mettre une croix dans la case qui correspond)	
☐ ne mange pas de viande	☐ ne mange pas de porc
☐ autre, à préciser.....	

ALLERGIES : médicaments, matières, alimentaires ... : Précisez la cause et la conduite à tenir :
.....

Merci de cocher la case si votre enfant est concerné :	
☐ Appareil dentaire	☐ Eczéma
☐ Lunettes	☐ Allergie au soleil
☐ Appareil auditif	☐ Diabète
☐ Fille réglée	☐ Autre :
☐ Urticaire	☐ Incontinence (mouille t'il son lit)
☐ Asthme :	
Recommandations :	
.....	

Fiche sanitaire de liaison

Le participant suivra-t-il un traitement pendant le séjour ?

☐ Non ☐ Oui. Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice).

Liste des médicaments :

.....
.....

MALADIES (merci de cocher la case en cas d'antécédent)

Rubéole ☐	Coqueluche ☐	Varicelle ☐	Rhumatisme ☐
Scarlatine ☐	Oreillons ☐	Rougeole ☐	Otites ☐
Angines ☐			

DIFFICULTES DE SANTE : (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, REEDUCATION, OPERATIONS,...) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE** :

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

.....
.....

VACCINATIONS joindre **obligatoirement une photocopie du carnet de santé ou un certificat médical attestant que les vaccins sont à jour**, ou que le motif de non vaccination est d'origine médicale. Sans ces photocopies le directeur se réserve le droit de refuser un enfant sur son centre. Attention : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication.

Je soussigné,.....responsable légal du participant, **déclare exacts et complets les renseignements** portés sur cette fiche et **autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures** : traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales rendues nécessaires par l'état du participant.

DATE : _____ SIGNATURE :

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR :

.....

Le directeur du séjour ARVEL:

L'Assistant sanitaire :