



**SEJOUR DECOUVERTE**

Fiche individuelle 2016

PHOTO

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code postal : .....  
 Ville : .....  
 Téléphone portable : .....  
 Courriel : .....  
 Date de naissance : .....  
 Sexe : .....  
 Nationalité : .....

**Dates :**  
 .....

**Personne à contacter en cas d'urgence**

Nom / Prénom : .....  
 Lien avec le (la) collégien(ne) : .....  
 Téléphone portable : .....

**Autorisation parentale**

Je, soussigné(e)....., autorise, mon fils, ma fille, en tant que tuteur légal, à participer au séjour mentionné ci-dessus et à participer aux activités en découlant. A toutes fins utiles, j'autorise les responsables du séjour en cas de maladie ou d'accident survenus à mon enfant à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'intérêt de sa santé, à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (appel des secours, accompagnement de l'enfant aux urgences, chez le médecin local,...) Aucun médicament ne sera administré par les animateurs à l'enfant. OUI – NON  
 Autorise l'association à utiliser dans le cadre pédagogique et éventuellement pour la communication des Centres, des photos ou vidéos de mon enfant. OUI – NON

Lieu : .....

Date : .....

Signature :

**Réservé au secrétariat**

Code du séjour	N° du dossier	Reste dû	Réglé le
DJ.....	.....	.....	.....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON / SEJOUR DECOUVERTE**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... GARÇON  FILLE

**1 – 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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI LE JEUNE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :**

ASTHME oui  non     **MEDICAMENTEUSES** oui  non     **ALIMENTAIRES** oui  non

AUTRES : **PRÉCISEZ** LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

(Si automédication le signaler).....

**INDIQUEZ CI-APRÈS** : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

**4 -RESPONSABLE DU(DE LA) COLLEGIEN(NNE)**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

TÉL : 04...../ 06..... TRAVAIL : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN

TRAITANT (FACULTATIF).....

*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, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

**Date :** ..... **Signature** .....