

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination page sur le DT poliomyélite

NOM DU MINEUR : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / / SEXE : M F N°licence FFBB :

ou joindre un certificat médical pour les non-licenciés

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances).

1-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	Oui Non	COQUELUCHE	Oui Non	ASTHME	Oui Non
VARICELLE	Oui Non	OTITE	Oui Non	RHUMATISME	Oui Non
ANGINE	Oui Non	ROUGEOLE	Oui Non	ARTICULAIRE AÏGU	Oui Non
		OREILLONS	Oui Non	SCARLATINE	Oui Non

L'enfant suit-il un **traitement médical au moment du 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).

L'enfant a-t-il des **réactions d'allergies** ou **d'intolérance** (joindre protocole du médecin) :

A certains médicaments ? Lesquels ? *Conduite à tenir* :

.....

A certains aliments ? **Régime alimentaire** ? Lesquels ? (sans porc, végétarien...) *Conduite à tenir* :

.....

L'enfant souffre t-il d'**allergies respiratoires** ? Lesquelles ? *Conduite à tenir* :

.....

Indiquez ci-après **les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

Votre enfant porte t-il des **lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, dentaires...** Précisez :

.....

L'enfant mouille t-il son lit ? Oui Non

Pour les filles : est-elle réglée ? Oui Non

2- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

Numéro de téléphone : ____/____/____/____/____ ou ____/____/____/____/____

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : n° tél : ____/____/____/____/____

Je soussigné (e),....., 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

Je m'engage à rembourser à l'organisateur, s'il y a lieu, le montant des frais médicaux avancés.

Date :

Signature :