

### III - RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....  
Préciser

L'enfant suit-il 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice), aucun autre médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant mouille-t-il son lit ?

OUI  NON  OCCASIONNELLEMENT

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

OUI  NON

Observations faites en cours de séjour :

Par le médecin (qui indiquera nom, prénom, adresse et n° de téléphone)

Par le responsable du séjour (qui indiquera nom, prénom, adresse)



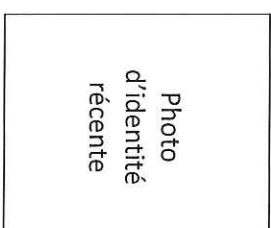
Ce document doit être rempli correctement et remis sous enveloppe fermée au responsable du séjour avant le départ.

Exemplaire N°1

### FICHE SANITAIRE

Séjour de vacances :

Dates du séjour :



### ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  féminin  masculin

Date de naissance : .....

### ADULTE RESPONSABLE

Père – Mère - Tuteur (rayer la ou les mentions inutiles)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse habituelle :

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

Portable : ..... professionnel : .....

Adresse mail : .....@.....

Adresse et domicile durant le séjour de l'enfant : .....

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

durant le séjour de votre enfant : .....

## SECURITE SOCIALE

Nom et prénom de l'affilié : .....

N° d'immatriculation : .....

Adresse de la caisse : .....

.....

CMU  OUI

NON

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), ..... responsable de l'enfant

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.
- Autorise si nécessaire, la directrice du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après l'hospitalisation.
- M'engage à payer les frais médicaux.
- M'engage en cas de renvoi à prendre à ma charge les suppléments dus au retour individuel ainsi que les frais d'accompagnements.
- Autorise mon enfant à pratiquer les activités proposées par le Centre Socioculturel Intercommunal de la Région d'Arleux
- Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transports mise en place par le SIRRA pendant la durée du séjour.

A..... le.....20

Signature

**VACCINS VACCINATIONS** (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé. Attention, le nom et prénom de l'enfant doivent impérativement figurer sur les photocopies.

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Polio				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE - INDICATION**

**Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication**

## II - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

- |            |                              |                              |            |                              |                              |
|------------|------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------|------------------------------|
| RUBEOLE    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| VARICELLE  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | OTTITE     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ANGINES    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | RHUMATISME | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ROUGEOLE   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | OREILLONS  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| SCARLATINE | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |            |                              |                              |

## ALLERGIES

- |                |                              |                              |
|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ASTHME         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| MEDICAMENTEUSE | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ALIMENTAIRE    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
- (Si **OUI** prendre contact avec le directeur du Centre Socioculturel Intercommunal d'Arleux) pour établir un dossier personnalisé.
- AUTRES : .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler

.....

.....

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations) .....

.....

.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

- Végétarien  Végétalien  Aucun régime particulier