

Concernant les repas et régimes particuliers

- Est-ce que votre enfant suit un régime particulier? Oui Non
 Sans Porc Sans sel Végétarien Autre:.....
 Diabétique: Précisez la conduite à tenir (Concernant le traitement, **joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants**; boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice):
.....
.....
.....

Autorisation du responsable légal de l'enfant

Je soussigné(e),,
responsable légal(e) de l'enfant
*Autorise cet enfant : Nom de l'enfant.....Prénom:.....
A participer à toutes les activités du **SEJOUR DORDOGNE** prévu en Itinérance du **21 au 27 JUILLET 2024** par Voilco-Aster, chargée de l'organisation et du fonctionnement des séjours de vacances.
Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et précise également que j'autorise le Directeur du centre à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...)
*Autorise également Voilco-Aster à prendre en photo (et/ou vidéo) mon enfant lors des activités en groupe, à des fins promotionnelles (1)
*N'autorise pas Voilco-Aster à prendre en photo (et/ou vidéo) mon enfant lors des activités en groupe (1)
Rayer la mention inutile (1)
Fait àle.....**SIGNATURE OBLIGATOIRE**

Partie réservée à l'Association

Lieu du séjour:.....Arrivée:.....Départ le:.....

Observations
Par le médecin:
.....
Par le Directeur:.....
.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
« Séjour Dordogne » 14/17 ans
Du 21 au 27 Juillet 2024

PHOTO

Nom:Prénom:.....Sexe: F G
Poids:..... (*nécessaire en cas de traitement*) Date de Naissance:...../...../.....
Nom et téléphone du médecin traitant:

Concernant le Responsable de l'enfant ou adolescent

Nom du Responsable Légal:.....
Adresse (pendant le séjour de l'enfant!):.....
.....
.....
Tél.:.....Tél. travail:.....Autre:.....
Mail:.....
*Personne à prévenir si le Responsable Légal de l'enfant n'est pas joignable:.....
.....
.....Tél.:Tél. Autre:.....
* Numéro de Sécurité Sociale (**joindre photocopie de l'Attestation de Droit ainsi que Carte Vitale**):

*Fournir un justificatif (**photocopie**) si vous bénéficiez de la **Couverture Maladie Universelle (CMU)**.

**TOUS LES RENSEIGNEMENTS ET DOCUMENTS DEMANDES SUR
CETTE FICHE SONT OBLIGATOIRES!**

Renseignements Médicaux concernant l'enfant

(Cette partie est à remplir obligatoirement et avec beaucoup d'attention!)

-L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour? Oui Non

Si oui lequel?.....

(*Pour tous traitements médicamenteux, joindre obligatoirement 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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance!

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

Rubéole <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>
Oreillons <input type="checkbox"/>	Otites <input type="checkbox"/>	Angines <input type="checkbox"/>	Asthme <input type="checkbox"/>	Allergies <input type="checkbox"/>

-Quelques précisions concernant les enfants souffrant d'allergies:

Nature de l'allergie: Alimentaire Médicamenteuse
Autre:.....

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

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

Vaccinations

(Se référer au carnet de santé de l'enfant ou aux certificats de vaccinations)
Vous pouvez fournir une photocopie du carnet de santé

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des Derniers Rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (précisez)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Nous vous conseillons de mettre à jour ces vaccins ou bien de nous fournir obligatoirement un certificat médical de contre-indication.

Recommandations Utiles des Parents

- Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, appareil dentaire...?
Précisez:.....
(SI OUI, merci de prévoir un accessoire de rangement pour les protéger)

- A votre connaissance, existe-t-il des contre-indications concernant la pratique de certaines activités? Oui Non

Si oui, laquelle ou lesquelles?

- Indiquez ici les autres difficultés de santé de l'enfant en précisant les dates et les précautions à prendre: (accidents, crises convulsives, hospitalisations, rééducation...):

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

- S'il est jeune, l'enfant mouille-t-il encore son lit? Oui Non
(SI OUI, merci de prévoir dans la valise des protections adaptées à l'enfant)

- S'il s'agit d'une jeune fille, est-elle réglée? Oui Non **(Prévoir le nécessaire)**