

**Documents obligatoires :**

- Vaccinations\*      - Attestation de Sécurité Sociale      - Carte d'invalidité      - Mutuelle
- Carte d'identité ou copie du livret de famille

**L'enfant ou adolescent :**

NOM : ..... Prénom : ..... Garçon  Fille

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Taille : ..... Poids : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**Vaccinations\* :**

Joindre **obligatoirement** la copie des vaccins du carnet de santé ou un certificat médical indiquant que l'enfant est à jour de sa vaccination.

Pour les enfants de 12 ans et +, fournir **obligatoirement** le PASS SANITAIRE ou un test PCR ou antigénique de moins de 72 heures.

**Si les vaccins ne sont pas à jour, l'enfant ou l'adolescent ne pourra pas être accueilli en séjour.**

**Renseignements médicaux concernant l'enfant ou adolescent :**

L'enfant suivra t'il un traitement médical (thérapeutique ou contraceptif) pendant le séjour ?

OUI    NON .....

Si oui joindre la dernière ordonnance et les médicaments correspondants (les médicaments doivent être rangés dans un pilulier dit « semainier » et les sirops, gouttes et compléments alimentaires doivent être à part).

**Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.**

L'enfant ou adolescent est-il photosensible :  OUI    NON

Allergies	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Commentaires et conduites à tenir
Pollens-acariens et graminées	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Alimentaires	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Autres	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Régime alimentaire :  OUI  NON

Préciser (compléments, mixé, hâché...) :

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

L'adolescente aura-t-elle ses menstruations pendant le séjour ?  OUI  NON

Manifestation :

.....  
.....

A-t-elle un médicament en cas de douleurs ? (si oui, joindre l'ordonnance et le médicament en si besoin)

L'enfant ou l'adolescent est-il sujet à la constipation ?  OUI  NON

Fournir le protocole (ordonnance et le médicament en si besoin) :

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

En cas de douleurs passagères, l'enfant ou l'adolescent peut-il prendre un médicament ?  OUI  NON

Si oui joindre l'ordonnance et le médicament préparé dans un pilulier (type semainier).

### Antécédents médicaux :

L'enfant ou adolescent a-t-il eu des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions actuelles à prendre :

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

### Recommandations utiles :

L'enfant ou adolescent porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, un appareil dentaire etc ?

Préciser :

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

### Coordonnées du médecin traitant :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

## Responsable légal de l'enfant ou adolescent :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse (pendant le séjour) : .....

Téléphone : ..... Portable ..... Mail : .....

## Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant ou adolescent : .....

Téléphone : ..... Portable ..... Mail : .....

-----

**Je soussigné(e)** ....., responsable légal de l'enfant, autorise mon enfant à partir au séjour et déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical), hospitalisation, intervention chirurgicale anesthésie comprise) rendue nécessaire par l'état de l'enfant ou adolescent. J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels que l'association aura avancés pendant le séjour.

Date :

NOM et Prénom du vacancier :

Signature

Document renseigné par :

NOM et Prénom :

Fonction :

Signature