



Je soussigné Mme, Mlle, M. (1) _____ père, mère ou tuteur
 autorise (2) _____ né (e) le _____
 demeurant _____

Tél. pro. : _____ Tél. domicile : _____ (Adresse complète)

Email : _____ à participer à :

Intitulé

Numéro

Intitulé : _____

Intitulé : _____

Intitulé : _____

Prix Tarif 1 - 2 - 3 - 4

Zone réservée au service

Ci-joint le paiement de la somme de _____ €

- Par chèque libellé à l'ordre de l'Association « Les enfants de la Vallée »

- Par chèques vacances

- En espèces (1)

(1) Rayer les mentions inutiles

(2) Nom et prénom du jeune

Fiche Sanitaire de Liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles au séjour de l'enfant.

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
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hépatite B	_____
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Rubéole-Oreillons-Rougeole	_____
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Coqueluche	_____
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Autres (préciser)	_____
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

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 MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.

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

RUBÉOLE

OUI NON

COQUELUCHE

OUI NON

**RUBÉOLE
ARTICULAIRE
AIGÛE**

OUI NON

SCARLATINE

OUI NON

OREILLONS

OUI NON

ANGINE

OUI NON

VARICELLE

OUI NON

OTITE

OUI NON

ROUGEOLE

OUI NON

Allergies : **ALIMENTAIRES**

OUI NON

ASTHME

OUI NON

MÉDICAMENTS

OUI NON

AUTRES

OUI NON

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

Indiquez : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents. Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Je 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.

La responsabilité de l'association débute à la montée dans le bus ou à l'entrée dans la salle d'activité. Elle s'arrête à la descente du bus ou à la sortie de la salle.

Pour les activités nautiques, l'attestation de natation est obligatoire. Son obtention à l'Espace nautique est possible et gratuite.

Fait à _____ le _____ /2010

Signatures des parents