FICHE SANITAIRE

Suite

5> Vaccinations:

(Compléter le tableau ou joindre la copie du carnet de santé ou les certificats de vaccination)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec cette fiche sanitaire.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication et est donc obligatoire.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos			EMPLIOTES A STREET	Hépatite B	•
Poliomyélite			THATA TRUMBUS	Pneumocoque	
Autres vaccins éventuels (A préciser)				Rubéole-Oreillons- Rougeole	

6> Renseignements complémentaires :				9> Difficultés de santé et recommandations utiles :		
Médecin traitant :						
Téléphone :						
L'enfant porte t'il	des prothèses au	ditives, des lentilles ou	ı des			
prothèses dentaire	es:					
L'enfant a-t-il eu le	es maladies suiva	ntes :				
Coqueluche 🖵	Oreillons 🖵	Rougeole 🖵				
Rubéole 🖵	Scarlatine 🖵	Varicelle 🗖				
L'enfant a-t-il fréq	uemment :					
Angine 🗆	Otite 🗀	Rhumatisme 🖵	Asthme 🖵			
Allergies : Oui 🖵	Non 🗆					
Si oui, précisez lesquelles :				10> Certificat médical : (Uniquement pour les		
L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour:				séjours contenant plongée ou parapente)		
Oui Non Non				Je soussigné(e),		
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). 7> Prise en charge médicale:				Docteur en médecine certifie que l'enfant		
			. 41.11			
Si l'enfant inscrit au séjour bénéficie De la PUMA (ex-CMU) (fournir copie de l'attestation à jour)				Tampon et signature du médecin :		
8> Régime ali						
Les menus respectent les régimes alimentaires particuliers dans la mesure du possible - Si oui, précisez lequel :						
mesure au possible	e - Si oui, précise	z lequel :				
•						
i						
PAI : Oui Non	n - Si oui, fournir l	le protocole établi par	votre			







DOCUMENTS A RETOURNER IMPERATIVEMENT AVANT LE DEPART EN SEJOUR

VACANCES-EVASION 394, rue Léon Blum - 34000 Montpellier ou par mail : info@vaceva.com



1> L'enfant :	4> Déclaration du responsable légal :			
Nom:	Pour être admis au centre de vacances organisé par Vacances-Evasion, cette déclaration devra être obligatoirement remplie et signée par le responsable légal de l'enfant.			
Prénom :				
Date et lieu de naissance :	Je soussigné(e),			
Séjour :				
Dates du séjour :	• certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant au verso			
Classe fréquentée durant l'année : Sexe : \square F \square M	et avoir reçu la brochure qui constitue l'information préalable à l'article 97 du décret 84-490 du 15 juin 1994.			
Poids :kg Tél. de l'enfant :	• Autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les			
2> Responsable légal de l'enfant : Nom : Prénom :	 interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas nécessité. Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels demande l'inscription de mon enfant au centre de vacances en ayant pris connaissance des informations présentées dans le dossier d'inscription autorise mon enfant à se baigner, à participer à toutes les activités et sorties organisées par le centre de vacances 			
Adresse :				
Code Postal :Ville :				
Tél. Portable :Tél. Domicile :	• autorise l'association à utiliser dans le cadre éducatif ou péda-			
E-mail:	gogique (journal, publications, outils de communication) des			
Profession:	photos de mon enfant, prises au cours des activités du séjour. (Si vous refusez cette disposition, nous adresser un courrier stipulant			
Tél. du travail:	votre refus). • autorise le directeur du centre et toute personne mandatée par lui, à transporter mon enfant en voiture en cas de nécessité ainsi qu'à le			
N° Allocataire CAF				
3> Personne à contacter en cas d'urgence :	faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les			
Lien avec l'enfant :	prescriptions du médecin consulté • m'engage à régler les frais de séjours et les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'opération éventuelle en l'absence de prise en charge médicale			
Nom : Prénom :				
Adresse :				
	Lu et approuvé Date :			
Code Postal :Ville :	Signature :			
Tél. Portable :Tél. Domicile :				
E-mail :				
Profession:				
Tél. du travail:				