



Nom..... Prénom..... Garçon  Fille

Date de Naissance ...../...../.....

Adresse..... Code postal..... Ville.....

Tel domicile..... Tel portable.....

Vaccins obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés			Dates des derniers rappels
	oui	non			oui	non	
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	Hépatites B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	Rubéole Oreillons Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Dtpolio/Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	Autres .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	Autres .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**Fournir les photocopies des vaccinations notées sur le carnet de santé**

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

**Traitement médical pendant le séjour**

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)

Nom et Prénom du Médecin traitant .....  
Téléphones .....ou 06.....

**Vaccinations**

Si l'Enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. En tout état de cause selon les nouvelles réglementations, joindre les photocopies des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin. Attention : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

Les Difficultés de Santé (Maladies, Accidents, Crises convulsives, Hospitalisations, Opérations, Rééducation) En précisant les dates et les précautions à prendre. **Recommandations** Port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, régimes et habitudes Alimentaires

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

Votre Enfant est-il allergique? Oui  Non   
Allergie Alimentaire ? Oui  Non   
Allergie Médicamenteuse? Oui  Non   
Votre Fille est-elle réglée ? Oui  Non   
Votre Enfant est-il énurétique Oui  Non

Votre Enfant sait-il nager ? Oui  Non

Certificat Médical datant de moins de 1 mois autorisant votre enfant à pratiquer le canoë kayak, l'équitation, Spéléologie et toutes Activités Sportives. Formule Multi Activités : Attestation de natation 50 m départ plongé délivrée par un Maître Nageur

**Avertissements**

"Bien noter, les pathologies chroniques ou aiguës en cours ; le cas échéant, les coordonnées du médecin traitant seront fournies. Si un traitement est à prendre durant tout ou partie du séjour, l'ordonnance du médecin devra être jointe et, s'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Les nom et prénom du mineur devront être inscrits sur l'emballage."

En cas d'Allergie, Merci de préciser les causes et les conduites à tenir (si automédication le signaler)

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

## Caisses Primaires de Sécurité Sociale, Mutuelles et Assurances

**Sécurité Sociale** : Numéro ..... Caisse.....  
Adresse complète.....

**Joindre obligatoirement la Photocopie de votre attestation sécurité sociale (Pas la photocopie de la carte !), de votre CMU**

**Avez-vous une mutuelle ?** oui  non  Nom .....

Adresse complète.....  
..... Tél ..... N° Adhérent.....

**Joindre la photocopie de la carte de la mutuelle**

**La carte européenne d'assurance maladie (CEAM)** oui  non

**Assurance responsabilité civile de l'association** couvre chaque participant pour les dommages corporels et matériels en cas de faute de l'association, par contre, VOUS DEVEZ AVOIR UNE ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT AVEC ASSISTANCE INTEGREE POUR LA PRATIQUE DES SPORTS ET DES LOISIRS. Celle-ci doit couvrir les accidents n'engageant pas la responsabilité de l'association. Vous possédez peut-être ce type de garantie, par exemple dans le cadre d'une assurance « MULTIRISQUES HABITATION » ou « SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE ». Vérifiez que celle-ci couvre bien le participant pour la pratique de sports et de loisirs tels que randonnée, activités sportives sans compétition, jeux collectifs (football, volley-ball...), natation, canoë-kayak, équitation, spéléologie, VTT

Nom de l'assureur ..... Adresse.....  
Téléphone de l'assureur ..... N° du contrat .....

**Joindre obligatoirement une attestation de votre Assureur.** (Tous les documents demandés doivent être en cours de validité)

Nom ..... Prénom .....

Adresse de la Famille pendant le séjour .....

..... Email .....

Tél. domicile ..... Tel Bureau..... Portable 06.....

Je soussigné(e), ..... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour, à être transporté dans les véhicules utilisés pendant le séjour, autorise l'association à utiliser les photos, vidéos ou toute image où figure mon enfant pour illustrer ses activités et à transmettre mes coordonnées aux autres participants et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant et m'engage à payer les frais de séjour m'incombant, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle, non remboursée par la sécurité sociale. J'ai pris connaissance également que je dois souscrire une assurance individuelle accident avec assistance intégrée pour la pratique des sports et loisirs.

Dates.....Signature

.....