



**DOCUMENTS A RETOURNER
IMPERATIVEMENT AVANT LE
DEPART EN SEJOUR**

Association Vacances Evasion

394, rue Léon Blum
34000 - MONTPELLIER
Tel : 04.99.13.71.10
Fax : 04.99.13.71.11
www.vaceva.com

**PHOTO
enfant**

FICHE SANITAIRE

NOM et PRENOM de l'enfant :

SEJOUR : Du Au

Date et lieu de naissance :

Classe fréquentée durant l'année :

Sexe : M F Poids :kg

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom et Prénom		
Adresse du domicile		
Tél. Portable		
Tél. du domicile		
E mail		
Profession		
Tél. du travail		
N° d'allocataire		

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

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.

Je soussigné(e),
(nom, prénom)

responsable légal de l'enfant :
(nom, prénom)

- 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
- autorise l'association à utiliser dans le cadre éducatif ou pédagogique (journal, publications, outils de communication) des photos de mon enfant, prises au cours des activités du séjour.
(Si vous refusez cette disposition, nous adresser un courrier stipulant 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 faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les 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

SIGNATURE

Date :

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	DATES DU RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		Hépatite B	
Poliomyélite		Pneumocoque	
Autres vaccins éventuels (A préciser)		Rubéole-Oreillons-Rougeole	

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Médecin traitant : Téléphone :

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives, des lentilles ou des prothèses dentaires :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : Coqueluche Oreillons Rougeole Rubéole
Scarlatine Varicelle

L'enfant a-t-il fréquemment : Angine Otite Rhumatisme Asthme

Allergies : Oui Non Si oui, précisez lesquelles :

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)

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

PRISE EN CHARGE MEDICALE

Si l'enfant inscrit au séjour bénéficie
 De la **CMU** (fournir copie de l'attestation à jour)

REGIME ALIMENTAIRE

Les menus respectent les régimes alimentaires particuliers dans la mesure du possible

Si oui, précisez lequel :

PAI : Oui Non Si oui, fournir le protocole établi par votre médecin.

DIFFICULTÉS DE SANTÉ et RECOMMANDATIONS UTILES

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

CERTIFICAT MEDICAL

(Uniquement pour les séjours contenant de la plongée ou vol libre)

Je soussigné(e),

Docteur en médecine certifie que l'enfant : (nom, prénom)

est en règle avec les obligations vaccinales prévues par la loi et que son état de santé est compatible avec la pratique d'activités physiques :

Tampon et signature du médecin :

Plongée,
 Vol libre
 Sport aérien...