

# DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE

Je soussigné, \_\_\_\_\_ (1)

père  mère  tuteur légal  de l'enfant

déclare :

- avoir pris connaissance des modalités d'inscription,
- autoriser mon enfant à participer à toutes les activités .
- autoriser les responsables du séjour à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute mesure d'urgence prescrite par le médecin
- m'engager à payer les frais du séjour incombant à la famille, les frais médicaux, les frais d'hospitalisation et d'opération éventuels...
- dans le cas des séjours de plus de deux semaines, autoriser les personnes ci-dessous

\_\_\_\_\_ à faire sortir mon enfant les jours autorisés par le règlement et déclare décharger de toute responsabilité le responsable du Centre pendant la durée de ces sorties (ces personnes devront justifier leur identité).

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

signature :

(1) NOM et Prénom

Recommandations particulières : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON (d'après cerfa n° 100008\*02)

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour, avec les observations éventuelles.

1 - ENFANT : NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  garçon  fille  Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 - VACCINATIONS : (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination 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 ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ?  non  oui

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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

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

RUBEOLE <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	VARICELLE <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	ANGINES <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	RHUMATISME ARTICULAIRE <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	SCARLATINE <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	OTITES <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	OREILLONS <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

Allergies : Asthme  non  oui  Médicamenteuses  non  oui

Alimentaires  non  oui  Autres.....

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INDIQUEZ CI APRES :**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4 - RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
ADRESSE (pendant la période du séjour) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : dom. : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ bureau : \_\_\_\_\_

*Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, 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.*

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**PARTIE RESERVEE A L'ENSEIGNANT RESPONSABLE DU SEJOUR**

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_

Nom de l'Enseignant: \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



découper ici

découper ici



**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS**

***l'élève :*** \_\_\_\_\_

NOM - Prénom : \_\_\_\_\_

age : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

sexe :

garçon  fille

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_

Taille (hauteur) : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Pointure : \_\_\_\_\_

Sait-il skier ?  non  oui

ski pratiqué :  alpin  fond

Sait-il nager ?  non  oui

brevet de natation :  25 m  50 m

Autre(s) sport(s) pratiqué(s) : \_\_\_\_\_

Part-il pour la première fois ?  non  oui

***La famille*** \_\_\_\_\_

Responsable légal :  père  mère  tuteur légal

NOM - Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Autre personne à prévenir en cas d'absence : \_\_\_\_\_

Statut : (conjoint, grand-parent, ami) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Caisse primaire d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

N° Sécu :

Mutuelle - adresse : \_\_\_\_\_

N° Mutuelle : \_\_\_\_\_

Assurance responsabilité civile : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous de l'aide médicale gratuite ?  non  oui

Nombre de frère(s) et soeur(s) de l'enfant : \_\_\_\_\_ age(s) \_\_\_\_\_