

**CENTRE DE VACANCES DE VOUVRAY**

Séjour du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**1 – JEUNE**

NOM : .....

Prénoms : .....

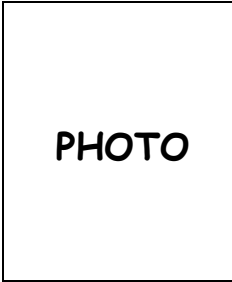
Date et lieu de naissance : .....

Age : .....

Etude en cours : .....

Etablissement scolaire : .....

Classe suivie : .....



Si le Participant est personnellement affilié à la Sécurité sociale, indiquez ci- dessous le numéro d'immatriculation noté sur la carte de S.S.

**Si C.M.U. joindre une photocopie de l'attestation attention aux dates.**

Empty rectangular box for S.S. number or C.M.U. attestation.

Caisse complémentaire : .....

**2 – VACCINATIONS**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE :**

Le jeune 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 du jeune avec la notice)

**Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RUMATHISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSE oui  non   
ALIMENTAIRE oui  non  AUTRES .....

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

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

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

Le jeune mouille-t-il son lit ? oui  occasionnellement  non   
S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? oui  non

**5 – RENSEIGNEMENTS D’IDENTITE DE LA FAMILLE**

Père – mère – tuteur

Nom et prénom : .....

Profession : .....

Profession du conjoint : .....

Adresse habituelle : .....

N° de téléphone : Fixe ..... Portable ..... Bureau .....

Adresse pendant le séjour : .....

N° de téléphone : Fixe ..... Portable ..... Bureau .....

Mail : .....

Adresse de la caisse de Sécurité Sociale : .....

N° d’assuré

**6 – DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL DU JEUNE**

(Cette déclaration devra obligatoirement être remplie et signée par le (s) responsable (s)).

Je soussigné(e), .....responsable du participant déclare :

- 1 Exactes les renseignements portés sur cette fiche.
- 2 Accepter les conditions générales des séjours de Vouvray (ci-jointes)
- 3 Autoriser le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, sur avis médical, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicales anesthésie comprise rendues nécessaires par l’état de l’enfant).
- 4 Autoriser le responsable du centre à utiliser les photographies de mon enfant afin d’illustrer divers documents relatant la vie du centre de loisirs (site internet, magazine, dépliant, affichette, affiche, presse locale, etc...)\_
- 5 Autorise mon fils – ma fille – mon (ma) pupille :
  - A participer à toutes les activités du centre de vacances.
  - A sortir librement hors du centre de vacances dans la mesure où le responsable le jugera utile et pour un temps strictement limité.
  - A participer aux quartiers libres organisés par l’équipe d’animation.
- 6 M’engager à régler le solde de ma participation financière avant le début du séjour.
- 7 M’engager à rembourser à l’AMICALE LAIQUE DE SAINT BRIEUC le montant des dépenses engagées pour le traitement médical en cas de maladie ou d’accident.
- 8 M’engager en cas de renvoi pour inadaptation, à prendre à ma charge les suppléments dus à un retour individuel, ainsi que les frais d’accompagnement d’un animateur.
- 9 Dégager la responsabilité de l’AMICALE LAIQUE DE SAINT BRIEUC avant le regroupement et après la dispersion indiquée dans la circulaire d’information.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**

**Précéder de la mention «Lu et approuvé »**

**A REMPLIR PAR LE PARTICIPANT**

Avez-vous déjà participé à un séjour en Centre de vacances ?      oui       non

Si oui, indiquez ci-après les derniers séjours effectués :

Année	Organisme	Lieu de séjour et département
1/ .....	.....	.....
2/ .....	.....	.....
3/ .....	.....	.....

Quelles activités y avez-vous pratiquées ? .....

Savez-vous nager ?      oui       non

Faites vous partie d’un foyer socio-éducatif, d’un club de jeunes, d’un club sportif, d’un mouvement de jeunesse ? Si oui, lequel :

Qu’attendez-vous de votre séjour au Centre de vacances ? .....