

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.

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 ?