

Fiche de renseignements médicaux

A placer dans la valise et /ou à remettre aux animateurs le jour du départ

Nom :
Prénom :
Sexe : M – F
Taille : Poids :
Date de naissance : ... / ... /

PHOTO

N° de réservation : Séjour :
Référence du séjour : Ville de départ :
Du : au : (Comme indiqué sur la confirmation de réservation en haut à gauche)

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Certains séjours nécessitent un certificat médical, merci de vous référer à la fiche descriptive du séjour

Je, soussigné,
certifie avoir examiné ce jour le/la jeune :
et l'avoir reconnu(e) apte à pratiquer les activités physiques
et sportives prévues dans le cadre du séjour en centre
de vacances désigné ci-dessus.

Date : Signature :

Cachet du médecin

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale dont dépend le responsable de l'enfant :

N° d'assuré social :
N° d'allocataire CAF/MSA(1) :

Le responsable de l'enfant bénéficie-t-il d'une mutuelle ou d'une assurance ?

Oui Non si oui, adresse :
N° adhérent ou de police :
Couverture Maladie Universelle (CMU) : Oui Non Si oui, joindre obligatoirement une photocopie de l'attestation à jour ainsi qu'une photocopie de l'attestation de la carte vitale.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si vous le jugez utile, joignez à ce dossier une photocopie du carnet de santé de votre enfant.

Maladies déjà contractées :

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Dernières interventions chirurgicales subies (avec date) :

.....
.....

Existe-t-il des contre-indications pour des activités :

Oui Non Si oui, préciser :

A-t-il des problèmes :

d'asthme ? Oui Non
de scoliose ? Oui Non
d'incontinence ? Oui Non
d'allergie ? Oui Non
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

Votre enfant fume-t-il ? Oui Non

Votre enfant est-elle réglée ? Oui Non

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non

Si oui, précisez à quels moments il peut s'en passer ou s'il doit les porter en permanence :

Donnez la référence des verres :

Œil droit :

Œil gauche :

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?

Oui Non

Si oui, précisez lequel :

Votre enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour : Oui Non

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance et les médicaments correspondants, avec leur notice et dans leur emballage d'origine

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				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tetracoq					
BCG					