

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Fiche sanitaire de liaison. 1 fiche sanitaire par enfant

### Lieu du séjour :

Dates du séjour : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### ■ 1 - Identité de l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M   
 Taille : \_\_\_\_\_ Pointure : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_  
 Niveau de ski : \_\_\_\_\_ Tour de tête : \_\_\_\_\_

### ■ 2 - Vaccinations :

A remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

	VACCINS Obligatoires		Vaccins recommandés		Dates
	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Dates	
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole / Oreillons / Rougeole (R.O.R.)	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				B.C.G	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? \_\_\_\_\_

INJECTION DE SERUM	NATURE	DATES

### ■ 3 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otitites	Asthme	Rougeole	Oreillons
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### ■ 4 - Recommandations des parents (Préciser les régimes alimentaires et allergies).

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? Oui  Non

SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? Oui  Non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? Oui  Non

### ■ 5 - Responsable de l'enfant :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

N° DE TEL. : dom : \_\_\_\_\_ bureau : \_\_\_\_\_

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

N° de S.S. : \_\_\_\_\_

(joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation vitale).

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : \_\_\_\_\_

Assurance en Responsabilité Civile des parents, nom de la compagnie : \_\_\_\_\_

N° du contrat : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon enfant à participer aux activités organisées par le centre ADN. J'autorise le responsable du séjour (directeur, instituteur) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales avec ou sans anesthésie) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE (Précédée de « lu et approuvé ») : \_\_\_\_\_

