

**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS**

**L'ENFANT**

NOM : ..... Prénom : .....  
 AGE :  SEXE : F  M   
 Né(e) le ... / ... / ... à .....  
 Ecole fréquentée : ..... Classe : .....  
 Taille : ... Poids : ... Pointure : ...

**LA FAMILLE**

RESPONSABLE LEGAL (1) : PERE, MERE, TUTEUR

NOM : ..... Prénom : .....  
 Adresse : ..... Tél : .....  
 Adresse pendant le séjour (si différente) : ..... Tél : .....  
 Caisse primaire d'assurance maladie : .....  
 N° S.S :   
 Mutuelle - adresse : .....  
 N° mutuelle :

**DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL**

Je soussigné .....  
 (1) père, mère, tuteur, responsable légal de l'enfant déclare :

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre ;
- J' autorise le responsable du séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions médicales ;
- Je m'engage à rembourser les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels ;

A ....., le .....  
 Signature

(1) Rayer les mentions inutiles

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Votre enfant a-t-il eu :

Typhoïde oui - non (1) Scarlatine oui - non (1) Rougeole oui - non (1)  
 Diphtérie oui - non (1) Coqueluche oui - non (1) Oreillons oui - non (1)  
 Interventions chirurgicales subies : lesquelles et dates ?

Indiquez et datez les autres difficultés de santé (accidents, crises convulsives, rééducation...)

Vaccinations :

Remplir soigneusement ce qui suit ou joindre des photocopies du carnet  
 ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE - HEPATITE

VACCINS	Date	Rappel
BCG		

Médicaments et soins journaliers (joindre l'ordonnance) :

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? oui - non (1)  
 Si oui, référence des verres ..... Vue : O.G : ..... O.D : .....

Votre enfant est-il incontinent d'urine ? oui - non (1)

Est-il sujet à l'asthme ? oui - non (1)  
 Est-il sujet aux otites ? oui - non (1)

Suit-il un régime alimentaire ? oui - non (1)  
 Si oui lequel ? .....

Est-il allergique ? oui - non (1)  
 Si oui, à quoi ? .....

Existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ? oui - non (1)  
 Si oui lesquelles ? .....

Tout renseignement complémentaire concernant l'enfant peut être fourni dans une enveloppe qui sera jointe à son dossier. (1) Rayer les mentions inutiles

**CERTIFICAT MEDICAL**  
 (si le séjour comporte des activités sportives)

Le docteur en médecine soussigné (nom & adresse).....  
 .....

certifie que l'enfant ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse et qu'il est apte à pratiquer toute activité sportive

A ....., le ... / ... / 200...  
 Signature et cachet