FICHE SANITAIRE ET INFORMATIONS COMPLEMENTAIRE

Séjour: .....

Dates: .....

Photo récente

L'ENFANT

Nom : …….. **Prénom** : ……

Date de naissance : …… / ……../ ……. **Nationalité** : ……

Sexe : ☐ **F -** ☐ **M** **Sait-il nager :** ☐ **OUI -** ☐ **NON**

Est-il déjà parti en centre de vacances : ☐ **OUI -** ☐ **NON**

Part-il avec un(e) ami(e), précisez nom et prénom :

……

Votre enfant a-t-il été à l'école cette année ? ☐ **OUI -** ☐ **NON**

Comment cela s'est déroulé ?

……

……

……

☐ Votre enfant a souhaité participer à un séjour de vacances

RESPONSABLE LEGAL (SI DIFFERENT DE L'INSCRIVANT)

☐ **PARENTS -** ☐ **TUTEUR(S) -** ☐ **AUTRE**

Précisez : ……..

Autorité parentale de l'enfant : ☐ Conjointe (Père et mère) - ☐ Père - ☐ Mère

Nom : ……... **Prénom** : ……

Adresse (pendant la période du séjour) :……

Code postal : …… .Ville : ……...

@ Mail :…..……..

Portable 1 : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Portable 2 : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° de S.S. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CMU : ☐ OUI - ☐ NON

Joindre copie de l'attestation

Êtes-vous couvert par une mutuelle santé ? ☐ Nom : ……..

☐ Assurance complémentaire Nom : ……

Autorisation de diffusion des photographies de votre enfant (internet, blog, brochure, ….) ☐ OUI - ☐ NON

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE LEGAL DURANT LE SEJOUR

☐M. - ☐ Mme……Lien de parenté avec l'enfant : ……

Portable 1 : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Portable 2 : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date	Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

Supernova Juniors – 51 rue Sibert – 42400 Saint-Chamond
Tél : 04 77 73 17 31 Mail : colonies@supernova-juniors.com https://supernova-juniors.com/

FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS : (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Précisez s'il s'agit :		……/……/……
Du DT polio		……/……/……
Du DT coq		……/……/……
Du Trétracoq		……/……/……
D'une prise polio		……/……/……
RAPPELS		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		AUTRES VACCINS		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES		DATES
1re VACCIN REVACCINATION	……/……/……	VACCIN 1er RAPPEL	……/……/……	VACCINS PRATIQUÉS	……/……/……
	……/……/……		……/……/……		……/……/……

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI? ……

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES
		……/……/……
		……/……/……

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL P.A.I : ☐ OUI - ☐ NON

(Projet d'Accueil Individualisé) permet d'adapter l'accueil de votre enfant en cas de besoins médicaux spécifiques (allergie, maladie chronique, régime particulier…). Il est élaboré en lien avec le médecin et l'organisateur du séjour afin d'assurer un encadrement adapté et sécurisé.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES					
	RUBEOLE ☐ OUI - ☐ NON	**VARICELLE** ☐ OUI - ☐ NON	**ANGINES** ☐ OUI - ☐ NON	**OTITES** ☐ OUI - ☐ NON	**ROUGEOLE** ☐ OUI - ☐ NON
	RHUMATISMES ☐ OUI - ☐ NON	**SCARLATINE** ☐ OUI - ☐ NON	**COQUELUCHE** ☐ OUI - ☐ NON	**ASTHME** ☐ OUI - ☐ NON	**OREILLONS** ☐ OUI - ☐ NON

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ, EN PRÉCISANT LES DATES :
(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)

……	……/……/……
……	……/……/……

ALLERGIES: ☐ **- MEDICAMENTEUSES** ☐ **- ALIMENTAIRES**

Précisez les allergies et régimes alimentaires : ……

……

……

Médecin traitant : |_____| Tél : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date	Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

Supernova Juniors – 51 rue Sibert – 42400 Saint-Chamond
Tél : 04 77 73 17 31 Mail : colonies@supernova-juniors.com https://supernova-juniors.com/