



Séjour :

Ville / Ecole :

Dates :

<p style="text-align: center;">AUTORISATION DES PARENTS FICHE SANITAIRE</p>
--

A remplir obligatoirement :

Je soussigné (e),

Père, Mère, tuteur de l'enfant

Autorise le directeur du centre et un professionnel de santé habilité à faire pratiquer à mon enfant lors du séjour :

- des interventions médicales d'urgences, éventuellement anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins
- des examens de dépistage de la Covid-19 utilisant les tests sur prélèvement nasopharyngé (en cas de symptômes ou de cas contact)

M'engage à régler la part des frais du séjour incombant à la famille les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.

A

Le

Signature



Droit à l'image Demande d'autorisation

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

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Demeurant,

.....
.....
.....

Agissant en qualité de,
Cocher la case correspondante

Père Mère Tuteur légal

Autorise l'équipe d'encadrement et l'organisateur du séjour,

.....

référence,

..... du

..... au

.....

à photographier et à filmer l'enfant

.....

Autorise / N'autorise pas l'association Evasion 78, organisateur/producteur dudit séjour à représenter, sans limitation de durée, la ou les photographies ou films pris pour les usages suivants :
(barrer la mention inutile)

Présentations sur des blogs ou sur le site internet édité par l'association Evasion 78.

Fait à

Le

Signature du/des responsable(s) légaux du participant



FICHE SANITAIRE

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant/l'adolescent. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

I. ENFANT/ADO

NOM :

PRENOM

SEXE :

Masculin

Féminin

Date de naissance : / /

Séjour :

du / /

au / / 20

II. VACCINATIONS

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

ANTIPOLIOMYELITIQUE – ANTIDITHTERIQUE – ANTITETANIQUES - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		
Du DT coq		
Du Tétracoq Rappels		
Hépatite B		

<u>ANTITUBERCULEUSE (BCG)</u>		<u>ANTIVARIOLIQUE</u>	<u>AUTRES VACCINS</u>	
	DATES		DATES	DATES
1 ^{er} vaccin	/ /		/ /	/ /
Revaccination	/ /		/ /	/ /

Si l'enfant/l'adolescent n'est pas vacciné, pourquoi ?

	NATURE	DATES
Injections de sérum		/ /
		/ /

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT/L'ADOLESCENT

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

<u>RUBEOLE</u>		<u>VARICELLE</u>		<u>ANGINES</u>		<u>RHUMATISMES</u>		<u>SCARLATINE</u>	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
<u>COQUELUCHE</u>		<u>OTITES</u>		<u>ASTHME</u>		<u>ROUGEOLE</u>		<u>OREILLONS</u>	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

INDIQUER LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Actuellement l'enfant/l'adolescent suit-il un traitement ? Non Oui

Si oui, lequel ?

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

L'enfant mouille-t-il son lit ? Non Occasionnellement Oui

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? Non Oui

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

Date, nom et signature :