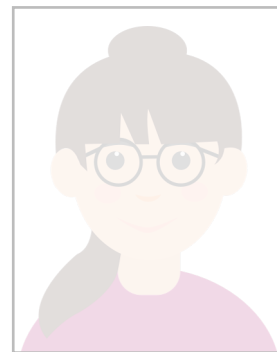


Fiche d'inscription

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....



DATE DU SEJOUR : du /..... /..... au /..... /.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

N° de sécurité social :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant

Adresse

Tel. fixe : /..... /..... /..... /.....

Port : /..... /..... /..... /.....

Bureau : /..... /..... /..... /.....

Email :@.....

Autorisation d'envoyer la confirmation par mail : OUI / NON

Je soussigné, responsable légal de l'enfant déclare exact les renseignements portés sur cette fiche. D'autre part nous nous engageons à fournir le jour du départ la fiche sanitaire accompagnée des certificats médicaux ou d'aptitudes spécifiques demandées pour le séjour et s'il y a lieu, à rembourser au centre le montant des frais médicaux.

A Le

Porter la mention «lu et approuvé » et signer.

Monsieur

Madame

Chef d'établissement



Les Vigneaux du Secrétaire - 47320 Clairac

05 53 79 74 03 - 06 81 94 62 01 - contact@lachevauchée47.com

www.lachevauchée47.com



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	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	OTITE	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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

Mon trousseau pour la semaine

Nom : Prénom :
Séjour du : au :

TROUSSE DE TOILETTE	CONTENU VALISE	CONTENU ARRIVÉE	CONTENU DÉPART
1 PEIGNE ET/OU BROUSSE			
1 BROUSSE A DENTS / DENTIFRICE			
1 SAVON / GEL DOUCHE			
1 SHAMPOING			
1 CREME SOLAIRE			
LINGE ET VETEMENTS			
1 DRAP HOUSSE			
1 TAIE OREILLER			
1 SAC DE COUCHAGE			
6 TEE SHIRT			
6 SLIPS / CALECONS / CULOTTES			
6 PAIRE DE CHAUSSETTES			
1 CHEMISE / CHEMISIER			
2 JEAN'S			
4 SHORTS			
1 JOGGING			
1 PULL / SWEAT			
1 PYJAMA			
1 VESTE / BLOUSON			
1 K-WAY			
1 CASQUETTE			
1 PAIRE DE BASKETS			
1 MAILLOT DE BAIN			
2 SERVIETTES			
1 DRAP DE BAIN			
1 GANT DE TOILETTE			
1 PAIRE DE LUNETTE DE SOLEIL			
OPTIONNEL			
ARGENT DE POCHE - 10€ MAXIMUM			
1 LAMPE DE POCHE			
JEUX DE CARTE, MINI JEUX DE SOCIÉTÉ			
MOUCHOIRS EN PAPIER			

AFFAIRES OPTIONNELLES RELATIVES A L'ACTIVITÉ ÉQUITATION

PANTALON D'ÉQUITATION, BOTTES, BOOTS/MINI SHAPS, BOMBE...

NB : CE MATERIEL N'A RIEN D'IMPÉRATIF, NE LE PREVOYER QUE SI L'ENFANT LE POSSÈDE DÉJÀ