

**PHOTO**

**FICHE SANITAIRE**

 **Séjours “Mont-Saxonnex”**

|  |  |
| --- | --- |
| **⬜ JUILLET** **08 au 20 Juillet 2024** | **⬜ AOUT** **02 au 14 août 2024** |
| ⬜ Groupe élémentaires (CP au CM2) | ⬜ Groupe préados (Collège) | ⬜ Groupe élémentaires (CP au CM2) | ⬜ Groupe préados (Collège) |

*Attention, la remise de la fiche sanitaire ne vaut pas inscription définitive. La réponse se fera par courrier au plus tard le* ***31 mai 2024*** *et le paiement devra être effectué au plus tard le* ***08 juin 24.***

**L’enfant**

Nom: …………………………………………………… Prénom: ..................................................... Sexe: ⬜ M ⬜ F

Né(e) le \_\_\_ /\_\_\_\_ /20\_\_\_\_

**Responsable de l’enfant**

Mme/M.…………………………..…………………………..……….……………………………………..….…………………………..

Adresse : ……………………………………………………………………………………………........................................................

Mail : …………………………………………………………………………...@……………..………………….………….……………………...

Téléphone :…………………………………………………. Mobile: ………………………………………….……………………

N° de sécurité sociale: \_ . \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ . \_ \_ \_ . \_ \_

**Personnes à prévenir en cas d’urgence pendant la période du séjour**

* ***Personne n° 1 :***

 **Nom** : Prénom :

 Lien de parenté : ⬜ père ⬜ mère ⬜ frère/sœur ⬜ autre : 

 🕿 Téléphone fixe : \_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

* ***Personne n° 2 :***

 **Nom** : Prénom :

 Lien de parenté : ⬜ père ⬜ mère ⬜ frère/sœur ⬜ autre :

 🕿 Téléphone fixe : \_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ Portable : \_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

**Renseignements médicaux concernant l’enfant**

Poids: ………..kg Taille: ………...cm *(informations utiles en cas d’urgence)*

Pointure: ………………..

L’enfant suit-il un traitement médical ? ⬜ Oui ⬜ Non

Si oui, lequel ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………....

***Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d’origine et marquées au nom de l’enfant) au départ du séjour ou dans la valise de l’enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.***

Doit-il garder des médicaments en permanence sur lui ? ⬜ Oui ⬜ Non

L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Angine  | Rubéole  | Varicelle  | Rhumatismes articulaires aigus | Coqueluche |
| ⬜ Oui ⬜ Non | ⬜ Oui ⬜ Non | ⬜ Oui ⬜ Non | ⬜ Oui ⬜ Non | ⬜ Oui ⬜ Non |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rougeole | Oreillons | Scarlatine | Otites |
| ⬜ Oui ⬜ Non | ⬜ Oui ⬜ Non | ⬜ Oui ⬜ Non | ⬜ Oui ⬜ Non |

|  |  |
| --- | --- |
| L’enfant fait-il de l’asthme ?  | L’enfant a-t-il des allergies? |
| ⬜ Allergique ⬜ A l’effort⬜ Non  | ⬜ Alimentaire⬜ Autres⬜ Non |

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Vaccinations à jour : merci de fournir un certificat de vaccination ou la copie du carnet de vaccination (carnet de santé)***

Indiquez les autres difficultés de santé en indiquant les dates:

*(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations…)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Recommandations des parents**

*(Port de lunettes, appareil dentaire, comportement de l’enfant, difficultés de sommeil, difficultés alimentaires, craintes, peur de l’eau, etc…)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

L’enfant suit-il un régime alimentaire particulier? ⬜ Oui ⬜ Non

Si oui, lequel? ……...……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

L’enfant mouille-t-il son lit? ⬜ Oui ⬜ Non ⬜ Parfois

L’enfant sait-il nager ?

⬜ Oui ⬜ Non Niveau: ………………………………

L’enfant a-t-il déjà participé à un séjour de vacances ? ⬜ Oui ⬜ Non

Je soussigné(e), ……………………………………………., responsable de l’enfant :

* Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour, le cas échéant, à prendre toutes les mesures (hospitalisation…) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.
* Autorise l’équipe à prendre en photo ou à filmer mon enfant dans le cadre d’une communication interne ou externe.
* Autorise mon enfant à participer à toutes les animations/activités proposées dans le cadre du séjour.
* Autorise l’équipe à transporter mon enfant dans le cadre des animations.

J’ai noté également qu’en cas de comportement de mon enfant incompatible avec la vie en collectivité, l’ensemble des frais relatifs à son renvoi est à ma charge, sans aucune possibilité de remboursement des frais de séjour.

Afin de respecter les règles de la vie en collectivité, j’ai bien noté également que mon enfant n’a pas le droit de fumer (cigarette, narguilé, etc…)

Date et signature