



FICHE SANITAIRE

• L'ENFANT

Nom de famille	Prénom	
Date de naissance	Taille	Poids

Nom du médecin traitant	Nom de la mutuelle
Numéro de sécurité sociale	

Votre enfant bénéficie-t-il de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ?

Oui, je vous transmets la copie de l'attestation de droits non

• SES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

<p>Indiquez les maladies qu'a déjà eu l'enfant :</p> <p><input type="radio"/> Rubéole <input type="radio"/> Coqueluche</p> <p><input type="radio"/> Varicelle <input type="radio"/> Rhumatisme</p> <p><input type="radio"/> Otite <input type="radio"/> Rougeole</p> <p><input type="radio"/> Scarlatine <input type="radio"/> Oreillons</p>	<p>Indiquez les difficultés de santé et les précautions à prendre, et datez les hospitalisations et/ou opérations subies par votre enfant :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Indiquez les allergies connues de l'enfant :</p> <p><input type="radio"/> Asthme <input type="radio"/> Alimentaire <input type="radio"/> Médicamenteuse</p> <p><input type="radio"/> Autre :</p>	<p>L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ?</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Si oui, joindre à l'arrivée l'ordonnance et les médicaments correspondants, dans leur boîte, au nom de l'enfant</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En cas d'allergie, précisez sa cause et la conduite à tenir (si automédication, le signaler). Indiquez aussi les régimes alimentaires particuliers :

.....

.....

.....

DOCUMENT À JOINDRE

- Copie du carnet de vaccination de votre enfant (Il est impératif de nous transmettre toutes les pages concernées par des vaccinations obligatoires. Vous pouvez également nous faire parvenir un certificat médical de vaccination.)
- Si concerné, attestation de droits CMU

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et m'engage à les actualiser si besoin. J'autorise le responsable du centre de vacances à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Initiales du représentant légal (vaut signature)



DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e)
responsable légal de l'enfant

- autorise**
- n'autorise pas**

la prise de photographies et films le représentant dans le cadre légal des activités du séjour et la publication de ses photographies le représentant sur un éventuel blog du séjour et l'usage de ses photographies par l'EURL «Les Grelodots» en vue d'actions publicitaires sur internet et diffusion papier et que je ne pourrais prétendre à aucune rétribution monétaire ou en nature pour le droit à l'image de mon enfant.

Fait à

Le

Initiales du responsable légal (vaut signature)