



# Fiche Sanitaire 2022

## Vacances Farwest Enfants



En cas d'absolue nécessité, cette feuille sera présentée au corps médical, médecin, hôpital, etc... Il est INDISPENSABLE de la remplir LISIBLEMENT ... merci

( Sélectionnez le séjour en cochant la case ...merci...)

**Juillet**

**Aout**

Du Samedi 23 Juillet au Mercredi 03 Aout 2022 > 12 jours

Du Samedi 20 Août au Mercredi 31 Août 2022 > 12 jours

Transport Aller/Retour prévu de GRIGNY

Je souhaite accompagner directement l'enfant sur le centre de vacances :  oui  non

**Pour les séjours de 12 jours, les enfants évoluent sur 2 villages, dont un village avec l'activité "Poney"**

**Votre enfant a une préférence pour un village en particulier ?**

1<sup>er</sup> choix :

2<sup>ème</sup> choix :

Indien  Cowboy  Trappeur

Indien  Cowboy  Trappeur

### RENSEIGNEMENTS, CONCERNANT L'ENFANT :

NOM (en majuscules) ..... sexe .....

Prénom usuel .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Téléphone .....

L'enfant est-il déjà parti en groupe ?  oui  non (... chez nous ?  oui  non )

Désire être dans la même équipe que l'enfant ( préciser ) : .....

### EN CAS D'URGENCE, PREVENIR :

NOMS et Prénoms .....

Adresse précise des parents pendant le séjour de leur enfant: .....

Parent 1 ( ..... ) TEL : ..... Courriel ..... @ .....

Parent 2 ( ..... ) TEL : ..... Courriel ..... @ .....

### INSCRIPTION DE L'ENFANT PAR L'INTERMEDIAIRE DE :

Particuliers  Internet  CE  Municipalité : Ville de Vaujours



## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX INDISPENSABLES

**NOM et PRENOM de l'enfant :** .....

**ALLERGIE** (si oui, préciser ou joindre PAI ou autre document précis agrafé à cette feuille )

.....

.....

**TRAITEMENT MEDICAL** ( si oui, joindre obligatoirement la photocopie de l'ordonnance )

.....

.....

**ANTECEDENTS**     COVID 19 dans la famille proche ? A quel moment ( date SVP ) ..... /..... /

- TYPHOIDE                       DIPHTERIE                       COQUELUCHE                       ASTHME                       OREILLONS
- ROUGEOLE                       RUBEOLE                       SCARLATINE                       OTITE                       VARICELLE
- AUTRES (maladies, opérations, chirurgies, fractures, handicaps, etc...)
- .....
- .....

L'enfant suit un régime alimentaire :     sans-porc    ~     sans-viande    ~     sans-poisson

Autre (précisez) .....

L'enfant est-il énurétique ?     oui     non     De temps en temps

N° de Sécurité sociale ( Parents ) .....

Avez-vous une mutuelle? OU CMU ? ( Préciser ) .....

### VACCINATIONS ( Préciser le mois et l'année des dernières injections ) NE PAS JOINDRE DE CARNET DE SANTE NI DE PHOTOCOPIE

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des vaccinations ou des derniers rappels
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OU : DT polio*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OU : Tétracoq*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vaccins recommandés (non obligatoires)	Dates des vaccinations ou des derniers rappels
Hépatite B	
Rubéole-rougeole- Oreillons	
BCG	
Grippe H1N1	

En cas d'absence d'une vaccination obligatoire, joindre l'ordonnance médicale de contre-indication

[\*DT-polio ( ou REVAXIS ) = Diphtérie + Tétanos + Poliomyélite ]

[ \*Tétracoq ( ou INFANRIX Tetra ou PENTACOQ ) = Diphtérie + Tétanos + Poliomyélite + Coqueluche ]

### AUTORISATION PARENTALE ( Obligatoire )

Je, soussigné, M ou Mme .....

représentant légal, tuteur, de l'enfant .....

- Autorise le responsable du séjour (Directeur et/ou Organisateur) à faire pratiquer tous les soins ou injections de sérum prescrits par le médecin, et si nécessaire en cas de maladie ou d'accident, autorise le chirurgien et/ou l'anesthésiste à opérer mon enfant, en cas d'absolue nécessité.
  - M'engage à prendre à ma charge les frais occasionnés par mon enfant pour un retour individuel (opposition, inadaptation ou mauvaise conduite, après accord avec le service jeunesse de la ville de Grigny)
  - Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du centre,
  - Autorise le centre « Far-West » à publier les photos, sur son site Internet (protégées par mot de passe)
  - M'engage à fournir avant le moment du départ, ce présent bulletin, dûment rempli et signé
  - Certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication pour tout séjour en collectivité.
- Je certifie avoir pris connaissance des conditions générales

Fait à ..... le .....

SIGNATURE : .....

