



Cette fiche est à **remettre au responsable du séjour par votre enfant dès son arrivée sur le centre**.
En cas d'informations importante à transmettre avant le début du séjour, **n'hésitez pas à contacter le directeur ou la directrice par mail ou téléphone**.

N° DU SÉJOUR :

--	--	--	--

1 - ENFANT

Nom :

Prénom :

☐ Garçon ☐ Fille

Date de naissance :

Date du séjour :

2 - AUTORISATION PARENTALE

Je sousigné(e) :

Agissant en qualité de (cochez la case correspondante) :

☐ Père ☐ mère ☐ tuteur

Autorise l'équipe d'encadrement à faire anesthésier
et opérer mon enfant en cas d'extrême urgence

Fait à : Le :

Signature

précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

CETTE FICHE PERMET DE CENTRALISER LES INFORMATIONS MÉDICALES UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE VOTRE ENFANT. ELLE ÉVITE D'AVOIR À FOURNIR LE CARNET DE SANTÉ, ET VOUS SERA RESTITUÉ À LA FIN DU SÉJOUR.

3 - VACCINS OBLIGATOIRES POUR PARTICIPER À LA COLONIE DE VACANCES

❗ Dans le cas contraire, votre enfant ne pourra pas participer au séjour.

LE NOMBRE DE VACCINS OBLIGATOIRES DÉPEND DE LA DATE DE NAISSANCE DE VOTRE ENFANT

→ ENFANT NÉ AVANT 2018

☐ La primo vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP).

→ ENFANT NÉ À PARTIR DE 2018

Les 11 vaccinations obligatoires :

- ☐ Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)
- ☐ Coqueluche
- ☐ Infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B
- ☐ Hépatite B
- ☐ Infections invasives à pneumocoque
- ☐ Méningocoque de sérogroupe C
- ☐ Rougeole, oreillons et rubéole

→ ENFANT NÉ AVANT ET APRÈS 2018 RÉSIDENT DU DÉPARTEMENT DE GUYANE

☐ La vaccination de la fièvre jaune est obligatoire

Pour plus de renseignements : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F767>

JOINDRE LA COPIE DES PAGES DE VACCINATION DU CARNET DE SANTÉ.

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).

4 - 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 y compris pour le Doliprane.**

Allergies :

Asthme

☐ oui

☐ non

Alimentaires

☐ oui

☐ non

Médicamenteuses

☐ oui

☐ non

Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **en précisant les dates et les précautions à prendre.**

.....
.....

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

Précisez :

.....
.....

6 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

Tél. fixe (et portable), domicile :

Bureau :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

.....

*Je soussigné,.....
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées du directeur du séjour :

.....

OBSERVATIONS

.....

.....