

NOM du participant (en majuscule) :

Prénom :

Âge :

Sexe : Fille Garçon Non généré

NOM et prénom de la personne à contacter en cas d'urgence :

Tèl :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Maladies contractées (cases à cocher) :

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Angine
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Scarlatine
<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Rougeole

Autres difficultés de santé (opérations, accidents) :

(Précisez le cas échéant les dates, et éventuelles précautions à prendre)

Allergies (cases à cocher) :

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Alimentaires	<input type="checkbox"/> Médicamenteuses
---------------------------------	---------------------------------------	--

Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir :

(Si automédication le signaler)

Autres :

Traitement (cases à cocher) :

Oui Non

Si oui, joindre une photocopie d'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.

Autres informations médicales :

Groupe sanguin :

Taille :

Poids :

Vaccinations (remplir ou joindre une photocopie des vaccinations du carnet de santé)

Indiquer la dernière date de vaccination

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication.

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)

Infections invasives à pneumocoque

Hépatite B

Meningocoque (A B C W)

Coqueluche

Rougeoles, Oreillons, Rubéole (ROR)

Haemophilus influenzae de type B

Autres :

AUTRES INFORMATIONS

Régime alimentaire particulier :

L'enfant mouille-t-il au lit ? Oui Non Occasionnellement

Si c'est une fille, est-elle réglée ? Oui Non

Est-ce son premier départ en collectivité ? Oui Non

Porte-t-il des lunettes ? des lentilles ? Oui Non si oui, précisez :

Porte-t-il des aides auditives ? Oui Non

Porte-t-il un appareil dentaire ? Oui Non

Nom et numéro du médecin traitant :

N° de Sécurité Sociale couvrant l'inscrit :

Si le participant a plus de 16 ans, fournir sa carte vitale personnelle le jour du départ

Bénéficiez-vous de l'aide Médicale (CMU) ? Oui Non

Joindre obligatoirement l'attestation de prise en charge CMU en cours de validité à la date du séjour

Recommandations et observations des responsables légaux

(Notez ici toutes les indications que vous jugez utiles (comportement de l'enfant, recommandations particulières etc.)

Je soussigné(e)

Fait à

le

responsable légal de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, engage ma responsabilité en cas d'inexactitude ou oubli de signaler tout traitement, suivi ou antécédent médical. J'autorise l'Aroéven et le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Signature obligatoire du responsable légal :