

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

OBLIGATOIRE

CENTRE DE VACANCES : REF

PHOTO
RECENTE

A découper et à adresser en même temps que le bulletin d'inscription à l'AROEVEN de votre région

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Pensez à la photocopier avant de la remplir si vous inscrivez plusieurs enfants.

Nom du jeune :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Né(e) le à	Nationalité :	
Etablissement scolaire fréquenté	Classe :	

Père Mère (1) Tuteur légal	LE RESPONSABLE DU JEUNE	
	NOM	Prénom

(1) rayer les mentions inutiles

Etat civil : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Autre :

Adresse habituelle :

☎ domicile : Portable E.mail

Nom et adresse de l'employeur :

..... Profession

N° SS de la personne couvrant le jeune : Bénéficiaire CMU oui non

IMPORTANT

(Si oui, joindre impérativement l'attestation)

Adresse du responsable pendant le séjour du jeune :

..... ☎

☎ En cas d'urgence pendant le séjour où peut-on téléphoner ?

N° lieu

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif)

OBSERVATIONS

MERCI DE REMPLIR SOIGNEUSEMENT CETTE RUBRIQUE

Noter ici toutes les indications que vous jugez utiles (comportement de l'enfant, recommandations particulières, régime alimentaire...)

.....

.....

.....

.....

LE CAS ECHEANT, éducateur ou assistante sociale en charge du jeune joignable avant ou après le séjour

NOM : Téléphone :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ? Si oui, précisez :

.....

.....

.....

Nota : En cas de perte ou de dégradation durant le séjour se rapporter à la rubrique assurance de notre brochure



FICHE SANITAIRE

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant (en aucun cas ne donner ce carnet)

Si le jeune a plus de 16 ans fournir sa carte vitale personnelle au moment du départ.

Groupe sanguin : Poids de l'enfant :

🔍 **VACCINATIONS**

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates	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.
Diphtérie				Hépatite B		
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite				Coqueluche		
Ou DT Polio				Autres (préciser)		
Ou Tétracoq						
BCG						

🔍 **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatisme <small>articulaire aigu</small>	Scarlatine	Coqueluche	Otites	Rougeole	Oreillons
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

🔍 **ALLERGIES :** Asthme oui non Médicamenteuses oui non
 Alimentaires oui non Autres

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

.....

.....

.....

🔍 **DIFFICULTES DE SANTE** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)
 Précisez les dates et les précautions à prendre

.....

.....

🔍 **L'enfant mouille-t-il son lit ?** oui non parfois 🔍 **Si c'est une fille, est-elle réglée ?** oui non

AUTORISATIONS

Rappel : Les photos ou vidéos prises durant les centres de vacances pourront être utilisées ultérieurement (brochure d'information, catalogue, site Internet...) sans qu'aucune compensation ne puisse être réclamée à l'AROEVEN.

Je soussigné⁽¹⁾ :

(1) Nom et prénom du responsable

① **autorise**
(Nom et prénom du jeune)
à pratiquer toutes les activités sportives organisées durant le séjour ;

② **m'engage à reverser à l'AROEVEN, en cas de maladie du jeune pendant le séjour, le montant des dépenses engagées pour le traitement ;**

🔍 **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Si vous ne pouvez pas venir chercher votre enfant au retour du séjour, merci de nous fournir une attestation signée de votre main en nous mentionnant les modalités de retour du jeune (retour seul ou nom des personnes qui le prendront en charge).

A, le
 (Faire précéder la signature de la mention "Lu et Approuvé")

Signature

Nota : ☞ Ces frais sont remboursés en partie par la Sécurité Sociale.
 ☞ Les risques d'accident et de maladie, entraînant l'hospitalisation, font l'objet de notre part d'une assurance spéciale complémentaire

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

OBSERVATIONS OU SOINS DONNES PENDANT LE SEJOUR :

.....

.....

.....