

Association

Val Soleil Hellandes Normandie

Domaine des Hellandes - 76280 Angerville l'Orcher

Tél : 02 35 20 63 73 - Mail : [contact@leshellandes.fr](mailto:contact@leshellandes.fr)



## FICHE SANITAIRE 2018/2019 - ALSH

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### L'ENFANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_  Garçon  Fille

Toussaint  Noël  Hiver  Printemps  Eté  Mercredi

Date de séjour du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Départ  Le Havre  Les Hellandes (sur place)

Retour  Le Havre  Les Hellandes (sur place)

### VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre une photocopie)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DIPHTERIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HEPATITE B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TETANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		RUBEOLE/OREILLONS/ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
POLIOMYELITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		COQUELUCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou DT POLIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		AUTRE (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou TETRACOQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 détaillée.**

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
<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
COQUELUCHE		OTITE		OREILLONS		ROUGEOLE			
<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		

ALLERGIES	ASTHME	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	AUTRES		

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

---

---

---

---

Obligation de fournir la feuille de soins. L'accueil des enfants ne se fera qu'après accord du directeur et sur présentation d'un protocole mis en place par le médecin, l'allergologue ou le PAI.

---

---

**INDIQUEZ CI-APRES**

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

---

---

---

---

---

---

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

---

---

---

---

---

---

**MEDECIN TRAITANT (facultatif)**

Nom \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

---

---

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**

Père  Mère  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse (pendant le séjour) \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal/ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

---

---

**AUTORISATIONS (piscine, sortie, image)**

Je soussigné, Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_

Père  Mère  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Nom et prénom (de l'enfant) \_\_\_\_\_

Autorise  N'autorise pas mon enfant à participer à l'activité piscine\*.  
 Autorise  N'autorise pas mon enfant à participer  sais nager  ne sais pas nager aux sorties organisées\*.

Autorise  N'autorise pas l'association Val Soleil Les Hellandes à réaliser des films vidéo ou photographies présentant l'image de mon enfant.

Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
Et à diffuser lesdits films ou photos par tout moyen à des fins de supports de communication ou de promotion relatives aux activités de l'association Val Soleil Les Hellandes dans le cadre de vente de produits et services.

\* selon planning/période, sous réserve de modification

---

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

**Association Val Soleil Hellandes Normandie**

Domaine des Hellandes – 76280 Angerville l'Orcher

Tél : 02 35 20 63 73 - Mail : contact@leshellandes.fr



Observations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_