

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 2019/2020 - SEJOURS

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 Taille \_\_\_\_\_ cm Pointure \_\_\_\_\_  
 Toussaint  Noël  Hiver  Printemps  Eté  
Lieu de séjour \_\_\_\_\_ Date de séjour du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Départ  Paris  Caen  Rouen  Le Havre  Les Hellandes (sur place)  
Retour  Paris  Caen  Rouen  Le Havre  Les Hellandes (sur place)

### VACCINATIONS

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE.**

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**.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

## **REGIMES ALIMENTAIRES\***

Sans porc  Sans viande  Végétarien

\*Les menus respectent les régimes alimentaires particuliers dans la mesure du possible

---

---

---

---

## **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

---

---

---

L'enfant mouille-t-il son lit ?  Oui  Non

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ?  Oui  Non

---

---

## **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\*.  
 sais nager  avec brassard  sans brassard  ne sais pas nager

Autorise  N'autorise pas mon enfant à participer 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](mailto:contact@leshellandes.fr)



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

---

---

---