

Association

Val Soleil Hellandes Normandie

Domaine des Hellandes - 76280 Angerville l'Orcher

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



FICHE SANITAIRE 2020/2021 - 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



Observations : _____
