

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : Prénom(s) :

Né(e) le : / / à :

Nationalité :

Nom et Prénom du représentant légal pour les mineurs :

Adresse postale :

Email :

Téléphone domicile : _____ Tel travail : _____

Téléphones portable : _____ / _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, autorise mon enfant à participer aux activités de l'Association AJC Vertical Horizon. Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs visés par l'association. J' autorise l'équipe d'encadrant à transporter mon enfant dans leurs voitures personnelles ou des véhicules loués pour la sortie.

J'autorise l'association à effectuer des photos/vidéos de mon enfant durant les différentes rencontres : OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces photos/vidéos pour des tracts, des calendriers : OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces photos/vidéos pour illustrer le site internet : OUI NON

Date:

Signature (inscrire lu et approuvé):

Nom : Prénom :

Age : Poids : kgs Taille : Pointure de chaussure : Sexe : f/ M

Date du dernier vaccin antitétanique :

Les autres vaccins sont-ils à jour ? : OUI/ NON

Indiquez ci-après, les difficultés de santé (allergies, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation importante, chirurgie, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

L'enfant ou le jeune a-t-il un traitement médicamenteux à prendre journalièrement ? : OUI NON

Si OUI, ajouter à cette fiche la liste de médicaments qu'il prend quotidiennement.

Nom du médecin traitant : tel :

« En cas d'urgence, l'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. L'association s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Un enfant ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. »

Nom, qualité (parents, tante, amie) et téléphone d'une ou deux personne(s) susceptible(s) de vous prévenir rapidement

1) _____ tel : _/_/_/_/_ _/_/_/_/_

2) _____ tel : _/_/_/_/_ _/_/_/_/_

Numéro de Sécurité Social : _/_/_/_/_/_/_/_

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE ET/OU CHIRURGICALE

Je soussigné, autorise l'anesthésie de mon enfant..... ,

au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A, le

Signatures des parents :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	___/___/___
Du DT coq	___/___/___
Du Tétracoq	___/___/___
D'une prise polio RAPPELS	___/___/___
	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM	___/___/___
	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... ___/___/___
 ___/___/___
 ___/___/___

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. _____ N° DE TEL _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, 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.

Signature :

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

