



# Fiche de renseignements médicaux

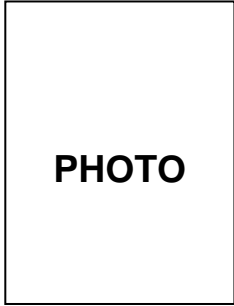
Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : M – F

Taille : ..... Poids : .....

Date de naissance : ... / ... / .....



**A placer dans la valise et /ou à remettre aux animateurs le jour du départ**

N° de réservation : ..... Séjour : .....

Référence du séjour : ..... Ville de départ : .....

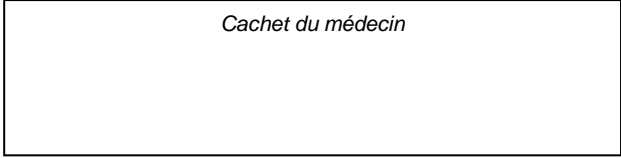
Du : ..... au : ..... (comme indiqué sur la confirmation de réservation en haut à gauche)

## CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Certains séjours nécessitent un certificat médical, merci de vous référer à la fiche descriptive du séjour

Je, soussigné, ..... certifie avoir examiné ce jour le/la jeune : ..... et l'avoir reconnu(e) apte à pratiquer les activités physiques et sportives prévues dans le cadre du séjour en centre de vacances désigné ci-dessus.

Date : ..... Signature : .....



Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale dont dépend le responsable de l'enfant : .....

N° d'assuré social : .....

N° d'allocataire CAF/MSA(1) : .....

**Le responsable de l'enfant bénéficie-t-il d'une mutuelle ou d'une assurance ?**  
 Oui  Non si oui, adresse : .....

N° adhérent ou de police : .....

Couverture Maladie Universelle (CMU) :  Oui  Non Si oui, joindre obligatoirement une photocopie de l'attestation à jour ainsi qu'une photocopie de l'attestation de la carte vitale.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si vous le jugez utile, joignez à ce dossier une photocopie du carnet de santé de votre enfant.

### Maladies déjà contractées :

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Dernières interventions chirurgicales subies (avec date) :**  
 .....

### A-t-il des problèmes :

d'asthme ?  Oui  Non  
 de scoliose ?  Oui  Non  
 d'incontinence ?  Oui  Non  
 d'allergie ?  Oui  Non  
 Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : .....

**Existe-t-il des contre-indications pour des activités ?**  
 Oui  Non Si oui, précisez : .....

**Votre enfant sait-il nager ?**  Oui  Non  
**Votre enfant fume-t-il ?**  Oui  Non  
**Votre enfant est-elle réglée ?**  Oui  Non  
**Votre enfant porte-t-il des lunettes ?**  Oui  Non  
 Si oui, précisez à quels moments il peut s'en passer ou s'il doit les porter en permanence : .....

### Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tetracoq					
BCG					

Donnez la référence des verres :  
 Œil droit : .....  
 Œil gauche : .....

**Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?**  
 Oui  Non  
 Si oui, précisez lequel : .....

**Votre enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ?**  Oui  Non  
 Si oui, joindre une copie de l'ordonnance et les médicaments correspondants, avec leur notice et dans leur emballage d'origine