



Fiche d'inscription

Cordonnées du participant :

Nom : Prénom :

Né (e) le :

Tel :

Coordonnées des parents :

Adresse :

Mail : Tel fixe :

Tel mère : Tel père :

Adresse pendant le camp, (si différente) :

En cas d'urgence prévenir M./Mme : Tel :

Je soussigné (Père, mère, tuteur légal) :

autorise mon enfant : *(rayer les mentions inutiles)*

à participer au séjour à Autrey du 8 au 11 juillet 2024 OUI – NON

à être transporté en voiture particulière OUI – NON

Et autorise : *(rayer les mentions inutiles)*

Le responsable à prendre toutes décisions rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant, y compris l'hospitalisation. OUI - NON

la diffusion des photos de mon enfant sur les réseaux sociaux et supports de communication dans le cadre des propositions du Service Diocésain des vocations OUI – NON

la conservation de ces informations par le SDV durant 5 ans pour être recontacté. OUI - NON

A :le :

Signature



**FICHE SANITAIRE DE
LIAISON**

8 au 11 juillet 2024 – Camp Samuel

1 - ENFANT :

GARÇON FILLE

NOM :

PRÉNOM :

NUMERO DE SECURITE SOCIAL :

DATE DE NAISSANCE :

2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES :

ASTHME

OUI NON

MEDICAMENTEUSES

OUI NON

ALIMENTAIRES

OUI NON

AUTRES : (préciser)

OUI NON

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) en cours oui non (si oui joindre le protocole et toute les informations utiles)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné responsable légal 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 :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS