



Camp Ski et Foi - 13/02 au 21/02/2027

Fiche sanitaire

Lieu dit "Les Molliettes d'en bas"
173, Chemin de l'Ostal 73 590 Crest-Voland

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en fin de séjour.

L'enfant :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ ☐ Fille ☐ Garçon

Vaccination de l'enfant : (photocopie du document obligatoire)

- Diphtérie Tétanos Polio coqueluche - date dernier rappel : _____
- Hépatite B - date dernier rappel : _____
- Rougeole- Rubéole Oreillons - date dernier rappel : _____

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (Diphtérie-Tétanos-Polio) joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

- Numéro de sécurité sociale : _____
- Votre enfant a-t-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 et marquées au nom de l'enfant avec la notice). Pour des raisons de sécurité aucun médicament ne peut être conservé par votre enfant sans l'accord de l'assistant sanitaire du séjour. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.***

- Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (entourer les maladies concernées)

ASTHME / RHINITE ALLERGIQUE / VARICELLE / COQUELUCHE / ROUGEOLE / OREILLONS

- Allergies : médicamenteuses ? ☐ Oui ☐ Non Alimentaires ? ☐ Oui ☐ Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si auto-médication, préciser).

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé physiologiques ou psychologiques (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, fragilité articulaire, rééducation, énurésie, règles douloureuses, problématique de santé mentale, etc) ? *Si oui, préciser la nature et les précautions à prendre.*

- Autres recommandations utiles de votre part concernant votre enfant (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ou toute autre information utile) ?

Régime alimentaire :

Responsable(s) de l'enfant légalement :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse postale pendant le séjour : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone portable/fixe/bureau : _____

Médecin traitant (*facultatif*) : _____

Autorisation parentale :

Je soussigné.e, _____, responsable légale de l'enfant, 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. J'autorise l'assistant sanitaire du séjour à donner du paracétamol en cas de douleur et à utiliser des pommades contre les petits traumatismes de la vie courante (contusion, hématome, ...).

Fait à : _____ Le : _____ Signature : _____

Nous contacter : campskietfoi@gmail.com | st-louis.assoconnect.com | Marie Hoppe 06 16 71 76 61 |
Association Saint-Louis 1 rue de l'école, 95 420 Magny-en-Vexin