

DOSSIER D'INSCRIPTION

Fiche sanitaire de liaison. 1 fiche sanitaire par enfant

■ 3 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	Scarlatine
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Coqueluche	Otitis	Asthme	Rougeole	Oreillons
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐

■ 4 - Recommandations des parents (Préciser les régimes alimentaires et allergies).

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? Oui ☐ Non ☐

SI OUI, LEQUEL ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

L'ENFANT MOUILLE T-IL SON LIT ? Oui ☐ Non ☐

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? Oui ☐ Non ☐

■ 5 - Responsable de l'enfant :

NOM : _____ PRENOM : _____

N° DE TEL. : dom : _____ bureau : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° de S.S. : _____

(Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation vitale).

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Assurance en Responsabilité Civile des parents, nom de la compagnie : _____

N° du contrat : _____

Le soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon enfant à participer aux activités organisées par le centre ADN. J'autorise le responsable du séjour (directeur, instituteur) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales avec ou sans anesthésie) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

DATE : _____ SIGNATURE (Précédée de « lu et approuvé ») : _____

Lieu du séjour :

Dates du séjour : du : _____ au : _____

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

■ 1 - Identité de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F ☐ M ☐

Taille : _____ Pointure : _____ Poids : _____

Niveau de ski : _____ Tour de tête : _____

■ 2 - Vaccinations :

A remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

VACCINS Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés et/ou obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/18	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole / Oreillons / Rougeole (R.O.R.)	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Méningocoque C	
Ou Tétracoq				Pneumocoque	
				Méningite HIB	
				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat de contre-indication.

INJECTION DE SERUM	NATURE	DATES



Activité Découverte & Nature

ADN - 10 quai de la Borde - 91130 RIS-ORANGIS - Tél : 01.69.25.98.50 - Fax : 01.69.25.98.48 - E-mail : info@adn-decouverte.fr - Site Internet : www.adn-decouverte.fr
Membre de l'UNAT - Union Nationale des Associations de Tourisme - Agrément Tourisme n° AC.091.93.0003 - Agrément Ministère Jeunesse et Sports n° 91.S.596.

Association régie par la loi de 1901 - Accepte les chèques vacances & les bons CAF (Caisse d'Allocations Familiales) - Code APE 9499 Z
Les informations recueillies sont nécessaires pour la participation de votre enfant au séjour. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association ainsi qu'aux responsables pédagogiques des séjours. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à : info@adn-decouverte.fr