

Cette fiche suit votre enfant pendant tout le séjour ! elle doit être rédigée LISIBLEMENT.. merci



Vacances Farwest Enfants

Fiche Sanitaire



Merci de cocher la case du séjour sélectionné

☐ Du Samedi 04 Juillet au Vendredi 17 Juillet 2026 > 14 jours

☐ Du Samedi 18 Juillet au Vendredi 31 Juillet 2026 > 14 jours

☐ Du Dimanche 02 Août au Samedi 15 Août 2026 > 14 jours

☐ Du Dimanche 16 Août au Samedi 29 Août 2026 > 14 jours



MASSY
Ma Ville Avance



{ Transport prévu de : (ne rien inscrire partie réservée) MASSY }

Je souhaite accompagner directement l'enfant sur le centre de vacances : ☐ oui ☐ non

Rappel : les 3 villages sont tous situés sur la même propriété ... hugh !

Séjour de 14 jours

Les enfants évoluent sur nos 3 villages
pour découvrir le poney, la voltige et le canoë

RENSEIGNEMENTS, CONCERNANT L'ENFANT :

NOM (en majuscules) sexe

Prénom usuel

Date de naissance

Adresse

Téléphone

L'enfant est-il déjà parti en groupe ? ☐ oui ☐ non (... chez nous ? ☐ oui ☐ non)

Désire être dans la même équipe que l'enfant (préciser) :

EN CAS D'URGENCE, PREVENIR :

NOMS et Prénoms

Adresse précise des parents pendant le séjour de leur enfant:

Parent 1 (.....) TEL : Courriel@.....

Parent 2 (.....) TEL : Courriel@.....

INSCRIPTION DE L'ENFANT PAR L'INTERMEDIAIRE DE :

Particuliers ☐

Internet ☐

Colo Apprenantes ☐

Municipalité ☐



CE ☐

En cas d'absolue nécessité, cette feuille sera présentée au corps médical, medecin, hôpital, etc... Il est INDISPENSABLE de la remplir LISIBLEMENT ... merci

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX INDISPENSABLES

NOM et PRENOM de l'enfant :

ALLERGIE (si oui, préciser ou joindre PAI ou autre document précis agrafé à cette feuille)

HANDICAP (Si votre enfant est porteur d'handicap .. merci de préciser)

TRAITEMENT MEDICAL (si oui, joindre obligatoirement la photocopie de l'ordonnance)

ANTECEDENTS

- ☐ TYPHOIDE ☐ DIPHTERIE ☐ COQUELUCHE ☐ ASTHME ☐ OREILLONS
☐ ROUGEOLE ☐ RUBEOLE ☐ SCARLATINE ☐ OTITE ☐ VARICELLE
☐ AUTRES (maladies, opérations, chirurgies, fractures, etc...)

L'enfant suit un **régime alimentaire** : ☐ sans-porc ~ ☐ sans-viande ~ ☐ sans-poisson
☐ Autre (précisez)

L'enfant est-il énurétique ? ☐ oui ☐ non ☐ De temps en temps

N° de Sécurité sociale (Parents)

Avez-vous une mutuelle? **OU CMU ?** (Préciser)

VACCINATIONS (Préciser le mois et l'année des dernières injections) NE PAS JOINDRE DE CARNET DE SANTE

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des vaccinations ou des derniers rappels
Diphtérie	☐	☐	
Tétanos	☐	☐	
Poliomyélite	☐	☐	
OU : DT polio*	☐	☐	
OU : Tétracoq*	☐	☐	

Vaccins recommandés (non obligatoires)	Dates des vaccinations ou des derniers rappels
Hépatite B	
Rubéole-rougeole- Oreillons	
BCG	
Grippe H1N1	

En cas d'absence d'une vaccination obligatoire, joindre l'ordonnance médicale de contre-indication

[*DT-polio (ou REVAXIS) = Diphtérie + Tétanos + Poliomyélite]

[*Tétracoq (ou INFANRIX Tetra ou PENTACOQ) = Diphtérie + Tétanos + Poliomyélite + Coqueluche]

AUTORISATION PARENTALE (Obligatoire)

Je, soussigné, M ou Mme
 représentant légal, tuteur, de l'enfant

- Autorise le responsable du séjour (Directeur et/ou Organisateur) à faire pratiquer tous les soins ou injections de sérum prescrits par le médecin, et si nécessaire en cas de maladie ou d'accident, autorise le chirurgien et/ou l'anesthésiste à opérer mon enfant, en cas d'absolue nécessité.
 - M'engage à prendre à ma charge les frais occasionnés par mon enfant pour un retour individuel (opposition, inadaptation ou mauvaise conduite, après accord avec le service jeunesse du CE ou de la municipalité)
 - Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du centre,
 - Autorise le centre « Far-West » à publier les photos, sur son site Internet (protégées par mot de passe)
 - M'engage à fournir avant le moment du départ, ce présent bulletin, dûment rempli et signé
 - Certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication pour tout séjour en collectivité.
- Je certifie avoir pris connaissance des conditions générales

Fait à le

SIGNATURE :

