



Sport Nature Découverte

2 rue des Rolliers

30820 CAVEIRAC

Email : contact@snd30.fr

FICHE INFORMATIVE DE L'ENFANT

page 1 sur 2

Nom : Prénom :

Dates du séjour : du / / au / /

FICHE SANITAIRE

N° sécurité sociale : - - - - - - Groupe sanguin :

Nom du médecin traitant : Tél. : / / / /

Vaccins obligatoires : Diphtérie Tétanos Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq

Vaccins recommandés : Hépatite B Rubéole-Oreillons-Rougeole Coqueluche Autres :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Traitement médical au cours du séjour : Non Oui : joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine avec la notice, y marquer le nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

non	Rubéole : <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	Otite : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Scarlatine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rhumatisme articulaire aigu : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Allergies : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Régime spécifique : Aucun Végétarien Sans porc Autre :

Observations diverses :

Taille : cm. Poids : kg. L'enfant est-il énurétique (pipi au lit) ? oui non



Sport Nature Découverte

2 rue des Rolliers

30820 CAVEIRAC

Email : contact@snd30.fr

FICHE INFORMATIVE DE L'ENFANT

page 2 sur 2

AUTORISATIONS

Je, soussigné(e), _____, représentant légal du mineur _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et donne les autorisations suivantes :

1 - J'autorise l'équipe d'encadrement, à :

- Prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant : oui non
- Assurer son transport en voiture ou en minibus au cours du séjour : oui non
- Publier des photos et vidéos, prises dans le cadre des activités de l'association, sur le site web www.snd30.fr, et autres publications associées aux activités de l'association : oui non

2 - Dans le cas où aucun représentant légal de l'enfant ne puisse être présent à la fin du séjour, j'autorise la personne adulte suivante à venir chercher l'enfant à ma place :

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Tél. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Adresse email : _____ @ _____ . _____

Date : ____ / ____ / ____

Signature : _____