# A retourner avant le début du séjour à :

**VACANCES ENERGIE, 12 rue Pierre Loti 33800 BORDEAUX**
**TEL : 05 57 59 17 17 - FAX : 05 57 59 17 19**

# Fiche Sanitaire de Liaison

**1 - ENFANT**

**NOM** _____

**PRENOM** _____

**DATE DE NAISSANCE** ..... /..... /.....

**GARCON** ☐ **FILLE** ☐

**TAILLE** _____ **POINTURE** _____

**PHOTO**

**SEJOUR** _____ **OPTION** _____ **DATE** _____ **au** _____

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.**

## 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 RECOMMANDES | DATES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Diphtérie | | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | | Coqueluche | |
| **OU** DT Polio | | | | | Autres (préciser) | |
| **OU** Tétracoq | | | | | | |
| BCG | | | | | | |

## 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 ?**

| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISTME ARTICULAIRE AIGÛ | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ |
| **COQUELUCHE** | **OTITE** | **ROUGEOLE** | **OREILLONS** | |
| OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | |

**ALLERGIES**

ASTHME OUI ☐ NON ☐ MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐ AUTRES _____

**PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler) - Régime spécial à joindre.

_____

_____

_____

_____

_____

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI ☐ NON ☐ Occasionnellement ☐

S'il s'agit d'une fille réglée ? OUI ☐ NON ☐

## 4 - RECOMMANDATIONS DES PARENTS

(Port de lunettes, lentilles, prothèses dentaires, prothèses auditives,.....)

_____

_____

_____

_____

_____

## 5 - DIFFICULTES DE SANTE

(Maladie, accident, hospitalisation, opération). **Indiquer les dates et les précautions à prendre**.

_____

_____

_____

_____

_____

## 6 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

**NOM** _____ **PRENOM** _____

**ADRESSE** (pendant le séjour) _____

**CODE POSTAL** _____ **VILLE** _____

**TEL. DOMICILE** _____ **BUREAU** _____ **PORTABLE** _____

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS** _____

**LIEN DE PARENTE avec l'enfant :** _____ **Tél** _____

**NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT** (Facultatif) _____

**NUMERO DE SECURITE SOCIALE** (joindre copie attestation carte vitale) _____

**ADRESSE DU CENTRE PAYEUR** _____

**COORDONNEES MUTUELLE** (joindre copie de la carte) _____

_____

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente et les accepter dans leurs intégralités. Je 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 :**

## FICHE TECHNIQUE ( A remplir soigneusement)

Pour les **séjours d'Eté** : l'enfant sait-il nage OUI ☐ NON ☐

Si **oui, Brevet de Natation** (pour le Surf, Voile...) **ou Test Aquatique** (pour le Canoë) **: à fournir à l'inscriptic**

Pour les **séjours Neige** : **Niveau de ski ou de surf**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DEBUTANT** | ☐ | 1ère étoile | ☐ | 2ème étoile | ☐ | 3ème étoile | ☐ | **CONFIRME** ☐ |
| **PRATIQUE :** | | JAMAIS | ☐ | 1 semaine | ☐ | 2 semaines | ☐ | 3 semaines ☐ |

TEST DE L'ECOLE DE SKI OBTENU _____