

N° allocataire Obligatoire : \_\_\_\_\_ Quotient Familial : \_\_\_\_\_

Régime C.A.F : Général  Particulier

Nom du jeune : \_\_\_\_\_

Prénom du jeune \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ (âge : \_\_\_\_\_)

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : / / / /

Email  : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence: \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

J'autorise les structures à prendre des photos, vidéos durant les activités et les diffuser.

Oui Non

Je soussigné, Mr ou Mme \_\_\_\_\_ autorise les responsables à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence.

Signature : \_\_\_\_\_

### Séjour

Séjour +15

**Stages**

Stage A

Stage B

Stage C

Stage D

Stage E

Stage F

### Juillet

Puy du Fou  8€

Accrobranche  7€

Futuroscope  20€

Cobac Parc  7€

Wakeboard  7€

Sortie Dauphin  7€

**Sortie Famille**

Terra Botanica  5€

### Août

Paintball  8€

Ile aux Pies  7€

Sortie plage  2€

Skate Park Nantes  5€

**Soirées**

Kebab + Film  2€

Pizza + Film  2€

**Stages MQFF**

Stage Couture

Stage Théâtre

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES AUX ANIMATEURS

I. ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	.....	___ / ___ / ___
Du DT coq	.....	___ / ___ / ___
Du Tétracoq	.....	___ / ___ / ___
D'une prise polio RAPPELS	.....	___ / ___ / ___
	.....	___ / ___ / ___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	___ / ___ / ___	.....	___ / ___ / ___	.....	___ / ___ / ___
REVACCINATION	___ / ___ / ___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___ / ___ / ___	.....	___ / ___ / ___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	.....	___ / ___ / ___
.....	.....	___ / ___ / ___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / \_\_\_ / \_\_\_  
 ..... / \_\_\_ / \_\_\_  
 ..... / \_\_\_ / \_\_\_

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui

SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

ALLERGIES :  
 ALIMENTAIRES oui  non   
 MEDICAMENTEUSES oui  non   
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui  non

Poids :  
 Taille :

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....  
 .....  
 .....

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

N° DE S.S.  N° DE TEL  DOMICILE  BUREAU

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE : .....

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

OBSERVATIONS :

.....  
 .....  
 .....

Cachet de l'Organisme

