

Nom du séjour : \_\_\_\_\_ Du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

ENFANT Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ Sexe ☐ M ☐ F

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)  
Si l'enfant N'A PAS les VACCINS OBLIGATOIRES joindre un certificat médical de contre indication  
**ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.**

VACCINS obligatoires	OUI	NON	DATES des derniers rappels	VACCINS recommandés	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
OU DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (précisez)	
OU Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
L'ENFANT suit 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 ET 1 PILLULIER marqués au nom de l'enfant avec la notice). **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

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

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :** Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (signaler si automédication) :

Médicamenteuses ☐ OUI ☐ NON \_\_\_\_\_

Alimentaires ☐ OUI ☐ NON \_\_\_\_\_

ASTHME : ☐ OUI ☐ NON \_\_\_\_\_

AUTRES : \_\_\_\_\_

**RECOMMANDATIONS d'ordre général régime alimentaire spécifique, comportement ...**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INDIQUEZ les difficultés de santé** (maladies, crises convulsives, opération, rééducation, hospitalisation, en précisant les dates et les précautions à prendre)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RECOMMANDATIONS UTILES** précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires ...

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**L'ENFANT SOUHAITE** partager la même chambre avec (enfant de même sexe et - de 3 ans de différences d'âge)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SI VOUS VOUS FAITES REPRESENTER PAR UNE PERSONNE LORS DU RETOUR DE L'ENFANT** précisez le nom prénom de la personne et informez la, qu'elle devra présenter une pièce d'identité

\_\_\_\_\_

**RESPONSABLE DE L'ENFANT** Nom prénom \_\_\_\_\_

Adresse (pendant le séjour) \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Autre téléphone \_\_\_\_\_

Nom du MÉDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

**ATTESTATION** Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'enfant, 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 \_\_\_\_\_

**JOINDRE UNE COPIE du CARNET DE SANTÉ, de LA CARTE VITALE et DE L'ATTESTATION CPAM**

**OBSERVATIONS de la part du DIRECTEUR (trice) A L'ATTENTION DES FAMILLES**

Coordonnées de l'organisateur du séjour : Association EVELi

Licence Tourisme n° IM042100025 / 8b, rue de la Transmillière / 42800 SAINT-MARTIN-LA-PLAINE

[sejours@eveli.fr](mailto:sejours@eveli.fr) / 04 77 79 15 92 / [www.eveli.fr](http://www.eveli.fr)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_