

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Ne confiez pas le Carnet de Santé à votre enfant, il est préférable de lui donner une photocopie.

Nom de l'école : .....

Dates du séjour : du ..... au .....

### Renseignements concernant l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

### Renseignements médicaux

*Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?*

Typhoïde : ..... Scarlatine : ..... Angine : .....

Rougeole : ..... Oreillons : ..... Rubéole : .....

Diphtérie : ..... Coqueluche : ..... Asthme : .....

Otite : ..... Rhumatisme articulaire aigu : .....

*Votre enfant est-il sujet à des allergies ?*

Allergie (s) alimentaires : .....

Allergie (s) médicamenteuses : .....

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

Autres maladies ou difficultés, précisez : .....

## Vaccins

Indiquer l'année des vaccinations et injections de sérums (se référer au carnet de vaccination) :

Vaccins	Oui	Non	Date des derniers rappels
DT Polio ou Tetracoq			
BCG			
Hépatite B			
Rougeole – Oreillons - Rubéole			
Coqueluche			

Autres sérums (indiquer lesquels) : .....

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.

## Informations complémentaires

Votre enfant fait-il pipi au lit ? : Oui Non

L'enfant (s'il s'agit d'une fille) est-elle réglée ? Oui Non

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? Merci de préciser : .....

.....

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers ? Merci de préciser : .....

.....

**L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?** Oui Non

Lequel ? .....

.....

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)**

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE !**

**Les activités nautiques (voile, canoë, kayak ...) nécessitent de savoir nager.**

Votre enfant a-t-il réussi le test de natation pour les activités nautiques ? .....

Quelle distance parcourt-il à la nage ? .....



# CLASSES DE DECOUVERTES

## Autorisation parentale

Centre Bouessé - La Garenne

### L'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Ecole : ..... Classe de : .....

Séjour du : ..... Au : .....

### Personne(s) responsable(s) de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Téléphone portable : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Téléphone portable : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Nom et adresse de la caisse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Bénéficiez-vous d'une mutuelle ? Cochez la case concernée : OUI NON

Laquelle ? N° ? : .....

Code postal : ..... Ville : .....

### Médecin traitant

Nom et prénom de votre médecin traitant : .....

Téléphone : .....

## Certificat médical

Je soussigné Docteur ..... certifie que l'enfant .....

ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités sportives proposées dans le séjour auquel il /elle participera, soit : ..... (1).

Fait à ..... le .....

Cachet et signature

(1) Indiquer les activités sportives du séjour.

### Déclaration du responsable légal

***Pour être admis en classe de découverte cette déclaration devra obligatoirement être remplie et signée par le responsable légal de l'enfant***

Je soussigné(e)....., responsable de l'enfant  
..... inscrit en séjour « classes de  
découvertes » au Centre Bouessé La Garenne,

reconnais avoir pris connaissance du projet du séjour et de ses conditions de déroulement,

- 1- autorise mon enfant à participer à toutes les activités de la classe de découverte,
- 2- autorise les enseignants à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin,
- 3- m'engage à rembourser les prestations de sécurité sociale, en cas de maladie ou d'accident,
- 4- m'engage à fournir tous les documents nécessaires le jour du départ et à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle, non remboursés par la sécurité sociale,
- 5- m'engage à prendre à ma charge les suppléments dus au retour individuel de mon enfant, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur, en cas de renvoi pour des raisons d'hospitalisation,

Fait à..... le.....

Signature