Séjour en classe de neige du 5 au 10 février

A remettre le lundi 29 janvier

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et elle vous sera rendue à la fin du séjour.

1- ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	NOM :_____PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ……/……./…… poids : ……Kg taille : …… pointure : ……

2-VACCINATIONS

Les renseignements de vaccinations ne serviront que si l'état de santé de votre enfant nécessite une visite chez le médecin ou une hospitalisation.

Vaccins obligatoires	**oui**	**non**	**Dates du dernier rappel**	**Vaccins recommandés**	**dates**
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

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 (boîte dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant). Pour **le mal de transport**, pas d'ordonnance mais la boîte marquée au nom ainsi que la posologie indiquée sur la boîte. **Nous remettre tout ceci le matin du départ en mains propres.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (entourez ce qui convient)

Rubéole	**Varicelle**	**Angine**	**Rhumatisme articulaire aigu**	**Scarlatine**
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
Coqueluche	**Otite**	**Rougeole**	**Oreillons**	
oui non	oui non	oui non	oui non	

asthme	oui	non	**Médicamenteuses**	oui	non
Allergies alimentaires	oui	non	**Autres** : ……		

Allergies : Préciser l'allergie si oui pour l'un des cas précédents :

……

……

……

……

INDIQUEZ CI-APRES
Les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation……) qui pourraient nous être **utiles** en précisant les précautions à prendre.

……

……

……

……

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, diabolos, appareils dentaires……
Précisez tout autre renseignement qui pourrait être utile à l'équipe d'encadrement : énurésie (pipi au lit, problèmes particuliers, familiaux et autres …..)

……

……

……

……

……

5-RESPONSABLE DE L'ENFANT OU TUTEUR

NOM :_____ Tél domicile : _____

PRENOM : _____ Tél portable (1): _____

ADRESSE : _____Tél portable (2): _____

Tél travail : _____

Je soussigné(e) …….responsable légal de

l'enfant…… déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et

- autorise les enseignants, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

-m'engage à prendre à ma charge les suppléments dus à un retour individuel de mon enfant ainsi que les frais d'accompagnement.

Date : signature :

Niveau de ski de votre enfant : ……. (si pas de niveau attesté, merci d'indiquer le nombre de fois où votre enfant est allé au ski en ayant pris des cours, afin de nous donner une idée et de constituer des groupes avant le départ).