

III - RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Préciser :

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

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 autre médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant mouille-il son lit ?

OUI NON OCCASIONNELLEMENT

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

OUI NON

Observations faites en cours de séjour :

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, prénom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom, prénom et adresse)

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

Ce document doit être rempli correctement et en possession de l'enfant pendant le transport, les enfants non transportés devront le remettre au responsable du centre dès leur arrivée.

FICHE SANITAIRE

Photo
d'identité
récente

Centre de vacances de :

Dates du séjour :

ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe : féminin masculin

Date de naissance :

Pointure : Taille : cm Poids : kg

Pour les séjours de ski :

Niveau de ski : Niveau de surf : Niveau ESF : Tour de tête :

Afin de déterminer le niveau de ski, voir le site : www.igesa.fr

ADULTE RESPONSABLE

Père - Mère - Tuteur (rayer la ou les mentions inutiles)

Nom : Prénom :

Adresse habituelle :

.....

.....

.....

Code postal : Ville :

Téléphone de la famille : Téléphone professionnel :

Adresse et téléphone durant le séjour de l'enfant :

.....

.....

.....

Code postal : Ville :

Téléphone durant le séjour de votre enfant :

SECURITE SOCIALE

NOM et prénom de l'affilié :

N° d'immatriculation :

Adresse de la caisse :

Si mutuelle, nom et adresse :

CMU : OUI NON

A JOINDRE

Pour la pratique des activités nautiques et aquatiques (voile, surf, canyoning, rafting, ...) :

Test préalable à la pratique des activités nautiques et aquatiques disponible sur igesa.fr rubrique Univers juniors/Documents à télécharger.

Pour les sports spécifiques précisés dans le catalogue (parapente et plongée) :

Une autorisation parentale et un certificat médical d'aptitude.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- autorise si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.
- m'engage à payer les frais médicaux.
- m'engage en cas de renvoi à prendre à ma charge les suppléments dus au retour individuel ainsi que les frais d'accompagnements.
- autorise mon enfant à pratiquer les activités citées sur le catalogue.
- autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport mis en place par l'IGESA pendant la durée du séjour.

A le20

Signature

VACCINS

I - VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

II - RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
VARICELLE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	OTITES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ANGINES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	RHUMATISMES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	OREILLONS	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			

ALLERGIES

ASTHME	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
MEDICAMENTEUSE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	(Si OUI, contacter le 04 95 55 20 20 pour établir un dossier personnalisé)	

AUTRES :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

.....

III - RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Préciser :

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

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 autre médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant mouille-il son lit ?

OUI NON OCCASIONNELLEMENT

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

OUI NON

Observations faites en cours de séjour :

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, prénom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom, prénom et adresse)

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

Ce document doit être transmis impérativement dès réception, à l'organisateur du centre (adresse sur la brochure IGESA ou www.igesa.fr) accompagné des documents indispensables au séjour de votre de enfant.

FICHE SANITAIRE

Photo
d'identité
récente

Centre de vacances de :

Dates du séjour :

ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe : féminin masculin

Date de naissance :

Pointure : Taille : cm Poids : kg

Pour les séjours de ski :

Niveau de ski : Niveau de surf : Niveau ESF : Tour de tête :

Afin de déterminer le niveau de ski, voir le site : www.igesa.fr

ADULTE RESPONSABLE

Père - Mère - Tuteur (rayer la ou les mentions inutiles)

Nom : Prénom :

Adresse habituelle :

.....

.....

.....

Code postal : Ville :

Téléphone de la famille : Téléphone professionnel :

Adresse et téléphone durant le séjour de l'enfant :

.....

.....

.....

Code postal : Ville :

Téléphone durant le séjour de votre enfant :

SECURITE SOCIALE

NOM et prénom de l'affilié :

N° d'immatriculation :

Adresse de la caisse :

Si mutuelle, nom et adresse :

CMU : OUI NON

A JOINDRE

Pour la pratique des activités nautiques et aquatiques (voile, surf, canyoning, rafting, ...) :

Test préalable à la pratique des activités nautiques et aquatiques disponible sur igesa.fr rubrique Univers juniors/Documents à télécharger.

Pour les sports spécifiques précisés dans le catalogue (parapente et plongée) :

Une autorisation parentale et un certificat médical d'aptitude.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- autorise si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.
- m'engage à payer les frais médicaux.
- m'engage en cas de renvoi à prendre à ma charge les suppléments dus au retour individuel ainsi que les frais d'accompagnements.
- autorise mon enfant à pratiquer les activités citées sur le catalogue.
- autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport mis en place par l'IGESA pendant la durée du séjour.

A le20

Signature

VACCINS

I - VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

II - RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
VARICELLE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	OTITES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ANGINES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	RHUMATISMES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	OREILLONS	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			

ALLERGIES

ASTHME	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
MEDICAMENTEUSE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	(Si OUI, contacter le 04 95 55 20 20 pour établir un dossier personnalisé)	

AUTRES :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

.....