



Nom, Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Centre de Loisirs de La Salvage

La Salvage 12100 MILLAU

[Ajvm.lasalvage@gmail.com](mailto:Ajvm.lasalvage@gmail.com)

05 65 61 16 77

## **Adhésion à l'AJVM**

Nom du responsable légal : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone Domicile : .....

Portable Maman : ..... Portable Papa :

Adresse mail : .....

Adhère à l'association Jeunesse Vacances Millavoises pour l'année 2021 pour la somme de 12€

## **Autorisation Parentale**

- Autorise les personnes suivantes à conduire et à ramener mon enfant :

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

- Autorise mon enfant à pratiquer les activités proposées : OUI  NON

- Autorise le responsable du centre à prendre toutes les mesures (visites médicales, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

OUI  NON

## **Droit à l'image**

- Autorise l'exploitation des films et photographies de mon enfant prises lors des activités proposées par l'Association Jeunesse Vacances Millavoises (publicité, prospectus, parution dans la presse, réseau sociaux, affiches, site web).

OUI  NON

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance des différentes indications portées sur celle-ci.

Date :

Signature précédée de la mention lu et approuvé :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1-ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON  FILLE

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2- **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ruébole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE 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** correspondant (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne sera pris sans ordonnance.

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRE oui  non  AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

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

**4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESE DENTAIRE, ETC...PRECISEZ.

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

**5- RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) .....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

Je soussigné, ..... responsable légal du 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 :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....

**OBSERVATIONS**

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

