

# Summer Camp 2017

## AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS



Summer camp : \_\_\_\_\_

### FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

à remplir par la famille

Je soussigné(e).....

Père, Mère, Tuteur, (1) responsable de l'élève

.....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,

- autorise les responsables de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, prise en charge médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant,
- m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

Fait à .....le.....

Signature (2)

- (1) rayer les mentions inutiles
- (2) Le responsable légal du jeune devra écrire de sa main la mention : lu et approuvé, suivie de sa signature.

Nota : Retrouvez tous ces documents sur notre site [www.saint-denis.net](http://www.saint-denis.net)

Nom de l'élève .....

Prénom.....

Date et lieu de naissance .....

### RENSEIGNEMENTS D'IDENTITÉ DE LA FAMILLE

RESPONSABLE (Père, Mère, Tuteur,) .....

NOM, Prénom .....

Adresse.....

..... Code Postal.....

Père : Téléphone domicile .....Travail .....

Portable ..... e-mail .....

Mère : Téléphone domicile .....Travail.....

Portable ..... e-mail .....

Adresse de la Sécurité Sociale .....

.....

*Merci de donner à votre enfant une photocopie de votre carte vitale qu'il conservera sur lui.*

Le cas échéant, intitulé et adresse de la mutuelle .....

.....

### **IMPORTANT : En cas de nécessité prévenir**

M., Mme.....

Adresse.....

..... Code Postal.....

Téléphone .....

**NOM et Prénom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**Vaccinations**

Remplir à partir du carnet de santé, du carnet de vaccination ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

Antipolyomyélitique-Antidiphthérique-Antitétanique-Anticoquelucheuse		
Préciser s'il s'agit :	Vaccins pratiqués	Dates
du DT Polio		/ /
du DT coq		/ /
du tétracoq		/ /
d'une prise polio		/ /
RAPPELS		/ /
		/ /

	Dates
<b>Antituberculeuse (BCG)</b>	
1er VACCIN	/ /
REVACCINATION	/ /
	/ /
<b>Antivariolique</b>	
1er VACCIN	/ /
1er RAPPEL	/ /
	/ /
<b>Autres vaccins</b>	
Vaccins pratiqués	Dates
	/ /
	/ /
	/ /

Injections de sérum	Dates
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

Si l'élève n'est pas vacciné, pourquoi ?

**Renseignements médicaux concernant l'élève**

Groupe sanguin :

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

Rubéole			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Varicelle			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Rougeole			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Asthme			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Angines			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>

Scarlatine			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Coqueluche			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Oreillons			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Rhumatismes			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Otites			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>

**Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates**

(maladies, accidents, convulsions, hospitalisations, opérations, rééducation)

Nature	Dates
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

**ACTUELLEMENT, L'ÉLÈVE SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ?**

Si oui, lequel ?

Présente-t-il des signes **d'allergie** ? Si oui, lesquels ?

S'il doit suivre un traitement n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.