

Cette fiche suit votre enfant pendant tout le séjour ! elle doit être rédigée LISIBLEMENT.. merci



Fiche Sanitaire Vacances Farwest Enfants



Merci de cocher la case du séjour sélectionné

- Du Dimanche 09 Juillet au Jeudi 20 Juillet 2023 > 12 jours
- Du Samedi 22 Juillet au Mercredi 02 Aout 2023 > 12 jours
- Du Dimanche 09 Juillet au Samedi 15 Juillet 2023 > 7 jours
- Du Dimanche 16 Juillet au Samedi 22 Juillet 2023 > 7 jours
- Du Samedi 22 Juillet au Vendredi 28 Juillet 2023 > 7 jours
- Du Vendredi 28 Juillet au Mercredi 02 Aout 2023 > 6 jours



- Du Dimanche 06 Août au Jeudi 17 Août 2023 > 12 jours
- Du Samedi 19 Août au Mercredi 30 Août 2023 > 12 jours
- Du Dimanche 06 Août au Samedi 12 Août 2023 > 7 jours
- Du Samedi 12 Août au Vendredi 18 Août 2023 > 7 jours
- Du Samedi 19 Août au Vendredi 25 Août 2023 > 7 jours
- Du Vendredi 25 Août au Mercredi 30 Août 2023 > 6 jours

{ Transport prévu de : Paris - Rennes - Lille - Bordeaux - Le Mans - Nantes }
[autre (nous contacter) : _____]

Je souhaite accompagner directement l'enfant sur le centre de vacances : oui non

Séjour de 6 à 7 jours

- Séjour : 100% poney (1 village)
- Séjour : 100% canoë (1 village)

Choisir

Séjour de 10 à 12 jours

- Séjour : 100% poney (2 villages)
- séjour : Poney et Canoë (2 villages)

RENSEIGNEMENTS, CONCERNANT L'ENFANT :

NOM (en majuscules) sexe

Prénom usuel

Date de naissance

Adresse

Téléphone

L'enfant est-il déjà parti en groupe ? oui non (... chez nous ? oui non)

Désire être dans la même équipe que l'enfant (préciser) :

EN CAS D'URGENCE, PREVENIR :

NOMS et Prénoms

Adresse précise des parents pendant le séjour de leur enfant:

Parent 1 (.....) TEL : Courriel @

Parent 2 (.....) TEL : Courriel @

INSCRIPTION DE L'ENFANT PAR L'INTERMEDIAIRE DE :

- Particuliers
- Internet
- Municipalité
- CE
- Colo Apprenantes

En cas d'absolue nécessité, cette feuille sera présentée au corps médical, médecin, hôpital, etc... Il est INDISPENSABLE de la remplir LISIBLEMENT ... merci

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX INDISPENSABLES

NOM et PRENOM de l'enfant :

ALLERGIE (si oui, préciser ou joindre PAI ou autre document précis agrafé à cette feuille)

TRAITEMENT MEDICAL (si oui, joindre obligatoirement la photocopie de l'ordonnance)

ANTECEDENTS COVID 19 dans la famille proche ? A quel moment (date SVP) /..... /

TYPHOIDE DIPHTERIE COQUELUCHE ASTHME OREILLONS
 ROUGEOLE RUBEOLE SCARLATINE OTITE VARICELLE
 AUTRES (maladies, opérations, chirurgies, fractures, handicaps, etc...)

L'enfant suit un régime alimentaire : sans-porc ~ sans-viande ~ sans-poisson
 Autre (précisez)

L'enfant est-il énurétique ? oui non De temps en temps

N° de Sécurité sociale (Parents)

Avez-vous une mutuelle? OU CMU ? (Préciser)

VACCINATIONS (Préciser le mois et l'année des dernières injections) NE PAS JOINDRE DE CARNET DE SANTE NI DE PHOTOCOPIE

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des vaccinations ou des derniers rappels
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OU : DT polio*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OU : Tétracoq*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vaccins recommandés (non obligatoires)	Dates des vaccinations ou des derniers rappels
Hépatite B	
Rubéole-rougeole- Oreillons	
BCG	
Grippe H1N1	

En cas d'absence d'une vaccination obligatoire, joindre l'ordonnance médicale de contre-indication

[*DT-polio (ou REVAXIS) = Diphtérie + Tétanos + Poliomyélite]

[*Tétracoq (ou INFANRIX Tetra ou PENTACOQ) = Diphtérie + Tétanos + Poliomyélite + Coqueluche]

AUTORISATION PARENTALE (Obligatoire)

Je, soussigné, M ou Mme

représentant légal, tuteur, de l'enfant

● Autorise le responsable du séjour (Directeur et/ou Organisateur) à faire pratiquer tous les soins ou injections de sérum prescrits par le médecin, et si nécessaire en cas de maladie ou d'accident, autorise le chirurgien et/ou l'anesthésiste à opérer mon enfant, en cas d'absolue nécessité.

● M'engage à prendre à ma charge les frais occasionnés par mon enfant pour un retour individuel (opposition, inadaptation ou mauvaise conduite, après accord avec le service jeunesse du CE ou de la municipalité)

● Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du centre,

● Autorise le centre « Far-West » à publier les photos, sur son site Internet (protégées par mot de passe)

● M'engage à fournir avant le moment du départ, ce présent bulletin, dûment rempli et signé

● Certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication pour tout séjour en collectivité.

Je certifie avoir pris connaissance des conditions générales

Fait à le

SIGNATURE :

