



ATTENTION > Pour confirmer l'inscription, merci de renvoyer cette fiche avant le séjour !

# HIVER - FEVRIER

## Fiche Sanitaire



Fiche sanitaire de « Vacances Farwest Enfants » Ces informations sont capitales merci de compléter LISIBLEMENT



(Merci de cocher la case du séjour correspondant)

- Du Lundi 08 au Vendredi 12 Février 2021 ( 5 jours )
- Du Lundi 15 au Vendredi 19 Février 2021 ( 5 jours )
- Du Lundi 22 au Vendredi 26 Février 2021 ( 5 jours )
- Du Lundi 1<sup>er</sup> au Vendredi 05 Mars 2021 ( 5 jours )
- Du Lundi 08 au Vendredi 19 Février 2021 ( 12 jours )
- Du Lundi 15 au Vendredi 26 Février 2021 ( 12 jours )
- Du Lundi 22 au Vendredi 5 Mars 2021 ( 12 jours )

{ Transport prévu de : PARIS } [ autre (nous contacter) : \_\_\_\_\_ ]

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

### RENSEIGNEMENTS, CONCERNANT L' ENFANT :

NOM (en majuscule) ..... sexe.....

Prénom usuel.....

Date de naissance .....

Adresse .....

Téléphone .....

L'enfant est-il déjà parti en groupe ?

Au centre farwest ?

Désire être dans la même équipe avec l'enfant ( précisez ) : .....

### EN CAS D'URGENCE, PREVENIR :

NOMS et Prénoms .....

Adresse précise et téléphone des Parents pendant le séjour de leur enfant: .....

Téléphone .....

Profession du père ..... TEL : .....

Profession de la mère ..... TEL : .....

Courriel.....@..... Courriel.....@.....

### COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE ORGANISME ?

- Particuliers
- Internet
- Municipalité .....
- CE .....
- Colo Apprenantes

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX INDISPENSABLES

**Nom et prénom de l'enfant :** .....

**ALLERGIE** ( si oui précisez ou joindre PAI ou autre document )  
 .....  
 .....

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

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

- |  |                                    |                                     |                                 |                                    |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TYPHOIDE  | <input type="checkbox"/> DIPHTERIE | <input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> ASTHME | <input type="checkbox"/> OREILLONS |
| <input type="checkbox"/> ROUGEOLE  | <input type="checkbox"/> RUBEOLE   | <input type="checkbox"/> SCARLATINE | <input type="checkbox"/> OTITE  | <input type="checkbox"/> VARICELLE |
| <input type="checkbox"/> AUTRES (Interventions, chirurgie, fracture, etc.) |                                    |                                     |                                 |                                    |

L'enfant suit-il un régime alimentaire ? ( religion, médical, etc. ) .....

L'enfant est-il énurétique ? .....

N° de Sécurité sociale ( Parents ) .....

Avez-vous une mutuelle? OU CMU ? ( Précisez ) .....

Avez-vous une autre assurance? ( Précisez ) .....

## VACCINATIONS ( Précisez 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"/>	
<b>OU : DT polio*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>OU : Tétracoq*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( Non-obligatoire depuis 2015 )

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

● 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 : .....

**VACANCES FAR-WEST ENFANTS "Le Pavillon" 41170 – SARGE SUR BRAYE    FAX: 02.54.72.83.57**

Pour confirmer l'inscription, merci de faire parvenir ce bulletin, dans les plus brefs délais à cette adresse