



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

# PRINTEMPS - 2023

## 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 10 au Vendredi 14 Avril 2023 ( 5 jours )
- Du Lundi 17 au Vendredi 21 Avril 2023 ( 5 jours )
- Du Lundi 24 au Vendredi 28 Avril 2023 ( 5 jours )
- Du Lundi 1 Mai au Vendredi 5 Mai 2023 ( 5 jours )
- Du Lundi 10 au Vendredi 21 Avril 2023 ( 12 jours )
- Du Lundi 17 au Vendredi 28 Avril 2023 ( 12 jours )
- Du Lundi 24 Avril au Vendredi 5 Mai 2023 ( 12 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

### RENSEIGNEMENTS, CONCERNANT L' ENFANT :

NOM (en majuscule) ..... 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

## 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 ) ..... /..... /

- TYPHOIDE       DIPHTERIE       COQUELUCHE       ASTHME       OREILLONS
- ROUGEOLE       RUBEOLE       SCARLATINE       OTITE       VARICELLE
- AUTRES (Interventions, chirurgie, fracture, 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 ?** ( 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"/>	

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