



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

# AUTOMNE 2022

## Fiche Sanitaire



(Merci de cocher la case du séjour correspondant)

- Du Lundi 24 au Vendredi 28 Octobre 2022 ( 5 jours )
- Du Lundi 31 au Vendredi 04 Novembre 2022 ( 5 jours )
- Du Lundi 24 Octobre au Vendredi 04 Novembre 2022 ( 12 jours )

{ Transport prévu de : Paris  - Rennes  - Lille  - Bordeaux  - Le Mans  - Nantes  }

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

### RENSEIGNEMENTS, CONCERNANT L' ENFANT :

NOM (en majuscule) ..... sexe/genre.....

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

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

## 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                       AUTRE :  
 CHIRURGICAUX (opérations, fractures, 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 ) .....

**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

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