

# « COLO APPRENANTE SAINT CYR/MER (83) DU LUNDI 23 AU VENDREDI 27 AOUT 2021 ENFANTS DE 9 révolus à 12 ans



Photo obligatoire	<b>Nom de l'enfant</b> :..... <b>Prénom</b> :..... <b>Date et lieu de naissance</b> :..... <b>Classe</b> :..... <b>Garçon</b> <input type="checkbox"/> <b>Fille</b> <input type="checkbox"/>
----------------------	--

Je vous demande de ne pas confier mon enfant à :

Je soussigné(e), M....., père, mère, tuteur, autorise mon enfant à participer au séjour de la CAPG précisé ci-dessus.

J'autorise le responsable du séjour, ou son adjoint à prendre toute mesure qu'il jugerait utile suivant les prescriptions des médecins au cas où mon enfant nécessiterait des soins urgents.

**Médecin de famille** :.....**Téléphone** :.....

Autorisation de prendre l'enfant en photo :     oui       non

**ADRESSE** : .....

**CODE POSTAL** : ..... **VILLE** : .....

**TELEPHONE Domicile et Portable** : .....

**Adresse Mail** : .....

### EN CAS D'URGENCE, ON PEUT JOINDRE LES PARENTS

	LIEU DE TRAVAIL	TELEPHONE
<b>PERE</b>		
<b>MERE</b>		
<b>AUTRE PERSONNE</b>		

**PIECES A FOURNIR OBLIGATOIRE**

- Attestation d'assurance extra-scolaire valide
- Fiche sanitaire de liaison (au dos)

**NOM prénom du responsable de l'enfant** :

.....

Nous autorisons la ou les personnes dont le nom suit à prendre notre enfant en notre absence\*\* :

.....  
 .....

*Sauf contre-ordre écrit de notre part*

**\*\*Les personnes désignées doivent se munir d'une pièce d'identité**

**Fait à** : ..... **le** .....

**Signature** :

**Fiche sanitaire de liaison à remplir** →

# « COLO APPRENANTE SAINT CYR/MER (83) DU LUNDI 23 AU VENDREDI 27 AOUT 2021 ENFANTS DE 9 révolus à 12 ans



CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Date derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec notice)  
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, et autorisation parentale écrite.

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Allergies :**

Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres	

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler). Si PAI merci de joindre le protocole.

**INDIQUEZ CI-APRES :** Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

**RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :** votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, si c'est une fille, est-elle réglée ? etc... Précisez.

### CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr .....certifie avoir examiné

l'enfant (nom, prénom),.....

Né(e) le .....demeurant à .....et le déclare

Apte à la vie en collectivité.

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de tous sports en dehors des sports classés à risques.

Présente des vaccinations à jour.

Nombre de cases cochées.....

Le présent certificat, valable .....mois, a été remis en main propre à l'intéressé qui a été informé des risques médicaux encourus notamment en cas de fausse déclaration

Cachet

Fait le .....  
A.....

Signature