



# FICHE SANITAIRE SEJOUR ETE 2023 - AOÛT

Dossier complété à retourner en mairie

Au plus tard le vendredi 27 mars 2023

## RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX)

Représentant légal 1 :	Représentant légal 2 :
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Tel. Dom : ..... Port. : .....	Tel. Dom : ..... Port. : .....
Tel Prof. : .....	Tel Prof. : .....
Employeur : .....	Employeur : .....
E-mail : .....	E-mail : .....

## ENFANT

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> GARCON <input type="checkbox"/> FILLE
NOM DE L'ECOLE :	CLASSE FRÉQUENTÉE :
RÉGIME ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/> AVEC PORC <input type="checkbox"/> SANS PORC

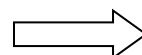
Numéro de Sécurité Sociale : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Numéro de CAF IMPERATIF : \_\_\_\_\_

## PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'URGENCE (autres que les parents si ceux-ci ne sont pas joignables)

1) Nom : ..... Prénom : ..... Lien de Parenté : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... Mobile : .....

2) Nom : ..... Prénom : ..... Lien de Parenté : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... Mobile : .....



## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	AUTRES VACCINS	DATES
DT Polio					
Ou Tétracoq / Pentacoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?  Oui  Non

Si oui :

Allergies : **ASTHME** :  OUI  NON **ALIMENTAIRE** :  Oui  Non **AUTRES** : .....

.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

.....

Précisez d'autres éventuels problèmes médicaux :

.....

Précisez si l'enfant est porteur d'un handicap :  OUI, à préciser..... NON

### ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?

(Si l'enfant doit suivre un traitement, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments)

Oui  Non, lequel.....

.....

### RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES

Oui  Non, lesquelles .....

.....

Je soussigné(e), .....responsable de l'enfant,..... déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour, le cas échéant à prendre toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) nécessaires pour mon enfant.

Bailly-Romainvilliers, le

Signature représentant légal 1

Signature du représentant légal 2