



FICHE SANITAIRE SEJOUR ETE 2023 - JUILLET

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

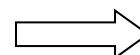
Numéro de Sécurité Sociale : /___/___/___/___/___/___/___/___

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