

Séjour :	Dates
----------	-------

JEUNE :

NOM		G	F	
Prénom		Date de naissance		

Pilulier obligatoire : rempli pour le séjour,
à mettre dans une pochette étiquetée avec les ordonnances et **dans le bagage.**

Régime alimentaire (pour raison religieuse ou médicale) : _____

Allergie médicamenteuse : si oui : indiquer le nom du médicament : _____

VACCINATIONS : indiquer la date ou le dernier rappel

Diptérie		Tétanos		Coqueluche		Typhoïde	
Poliomyélite		BCG		Sérum antitétanique		Hépatite B	
Autres							

ANTECEDENTS MEDICAUX de votre enfant (rayer les réponses inutiles)

Varicelle	oui	non	Rubéole	oui	non	Coqueluche	oui	non
Rougeole	oui	non	Oreillons	oui	non	Scarlatine	oui	non
Angines	oui	non	Otites	oui	non	Asthme	oui	non
Rhumatismes	oui	non	Allergies	oui	non	Autres		

Autres problèmes de santé (à préciser) : _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Suit-il un traitement	non	oui	Matin	Midi	Soir	au Coucher
Précautions spéciales						

Tempérament	colérique	bilieux	nerveux	sanguin	émotif
	agressif	lymphatique	dynamique	sociable	coopératif
	autre _____				

Autres renseignements	sommnambule	saigne du nez	fatigable
	pieds plats	problèmes de dos	besoin d'affection
	mouille son lit	parle la nuit	filie pubère :
	autres _____		

Je soussigné(e): _____ père, mère, responsable légal

- déclare l'enfant : _____ apte à la pratique sportive

- autorise le directeur et le médecin consulté à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute décision d'intervention chirurgicale urgente, y compris l'anesthésie générale.

A, _____ le, _____ Signature :

Résidence Le Village B3 - 6 Rue du Dr Ténine 91320 WISSOUS

Informations particulières : **JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION**
CERTIFICAT MEDICAL POUR CERTAINES ACTIVITES (voir fiche trousseau)