

Séjour Nature et Sports au VAL JOLY du 25 au 29 mars 2024

ENFANT

NOM		G	F	
Prénom		Date de naissance		

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	oui	non	Si oui lequel ? (fournir l'ordonnance)
Précautions spéciales			

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

Autres renseignements	somnambule		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 :

Obligatoires : Attestation d'aisance dans l'eau - Photocopie du carnet de vaccinations

2, rue Geneviève Anthonioz de Gaulle - 91205 ATHIS MONS Cedex

Téléphone : 01.60.48.71.00