

FICHE SANITAIRE

SÉJOUR ÉTÉ 2025 A

RETOURNER

RAPPEL – FOURNIR OBLIGATOIREMENT
Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM		

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

- | | | | | | |
|-------------|------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------|------------------------------|
| RUBEOLES | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | VARICELLES | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| RHUMATISMES | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | SCARLATINE | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | OTITE | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ASTHME | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| OREILLONS | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | | |

INDIQUER ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES (Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations, ...)

.....
.....

Je soussigné

.....Parent – Responsable légal
de(rayer la mention inutile)

- ▶ AUTORISONS NOTRE ENFANT à pratiquer les activités proposées dans le cadre du séjour été 2025 organisé par la commune de Sainte-Hélène
- ▶ AUTORISONS LES ANIMATEURS DU SEJOUR à faire soigner notre ENFANT et à faire pratiquer les interventions d'urgence (éventuellement sous anesthésie générale) suivant les prescriptions des médecins.
- ▶ Nous nous engageons à payer e/ou à rembourser les frais engagés (frais éventuels : médicaux, d'hospitalisation et d'opération, ...).

FAIT à, le

SIGNATURE des parents ou du responsable légal