

## FICHE SANITAIRE

### SÉJOUR ÉTÉ 2026 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