

Gare Saint-Maixent l'École
Cadre réservé, ne rien inscrire

DATE Aller :
DATE Retour :

HORAIRE :
HORAIRE :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Séjour 1 :
Du au ◆ avec Week-End* suivant
Séjour 2 :
Du au ◆ avec Week-End* suivant
Séjour 3 :

SEJOURS EQUESTRES : « EQUI'ZEN », « STAGE EQUITATION » ou « ADOS DE CHEVAL »:

Niveau équestre : Débutant ◆ ou entourez le dernier Galop validé : 1 2 3 4 5 6

L'enfant doit-il passer un Galop ? OUI ◆ lequel(entourez) : 1 2 3 4 NON ◆

Du au

*Week-Ends possibles seulement entre 2 séjours consécutifs d'été

(Merci d'écrire en majuscules lisiblement)

NOM de l'enfant :

F

M

Prénom :

Date de Naissance : / ____ / ____ / ____

Adresse où réside l'enfant : Adresse du lieu de vie principal
.....

Code Postal :

VILLE :

Photo

Responsable légal de l'enfant : Père

Mère

COORDONNEES DU PARENT 1

COORDONNEES DU PARENT 2 (si différentes)

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Code Postal : VILLE :

Code Postal : VILLE :

☎ Domicile : ☎ Travail :

☎ Domicile : ☎ Travail :

☎ Portable :

☎ Portable :

✉ : @

✉ : @

Profession :

Profession :

Garde exclusive

Garde exclusive

Garde alternée

• **IMPORTANT : NOM et n° de téléphone de la personne à contacter pendant le séjour :**

➔ **Situation familiale pouvant aider l'équipe d'animation** (séparation, décès, autres...) :

.....à noter si vous le jugez nécessaire

Depuis quand ?

Renseignements médicaux concernant l'enfant

N° d'allocataire CAF : OU MSA :

N° de S.S :.....qui couvre l'enfant

Nom et Adresse du Centre Payeur :

Nom et Adresse de la Mutuelle :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<i>Mettre une croix</i>	oui	non		oui	non		oui	non
RUBEOLE			ROUGEOLE			COQUELUCHE		
OREILLONS			OTITES			SCARLATINE		
VARICELLE			ASTHME			MENINGITE		
ANGINE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU					

ALLERGIES :

ASTHME : oui non Médicamenteuses : oui non

ALIMENTAIRES : oui non Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

Précisez les dates et les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

Attention : Les difficultés non signalées pourraient amener l'équipe à interrompre le séjour de l'enfant si elles se révélaient importantes.

L'enfant dépend-il de la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) oui non

Traitement médical :

Cadre réservé
ORDONNANCE

L'enfant doit-il suivre un traitement pendant son séjour ? Oui Peut-être Non

Raisons médicales :.....

Si oui ou peut-être, **JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE ORDONNANCE RECENTE A CE DOSSIER**

NOM et coordonnées du médecin traitant :

⚠ AUCUN MEDICAMENT NE SERA AMINISTRÉ À L'ENFANT SANS ORDONNANCE, QUEL QU'EN SOIT L'USAGE (y compris antalgiques, pommades...)

Régime alimentaire :

- Pas de régime particulier Sans porc
- Végétarien Végan
- Végétalien Allergie alimentaire :
- Autre :

Informations complémentaires :

L'enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

PRÉCISEZ :

.....

S'agit t-il d'un premier séjour loin des parents ? oui non

L'enfant sait nager : oui :Quelle distance : non

Précisions :

L'enfant sait faire du vélo : oui, avec assurance oui, avec appréhension non

Précisions :

L'enfant mouille t-il son lit : oui non occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée : oui non

Pour les adolescents, est-il autorisé à fumer : oui non

Précisions :

L'enfant souhaite partager le même hébergement que l'enfant du même sexe :

NOM et Prénom :

Remarques ou recommandations :

Souhaitez-vous nous préciser des informations complémentaires sur votre enfant ? Ces informations permettront de faciliter la prise en charge de votre enfant par ses animateurs référents (besoins et habitudes au moment de l'endormissement, gestion de ses émotions, degrés d'autonomie pour gérer sa vie quotidienne, besoin de sommeil ...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



La Mauvaitière – 79120 LEZAY

☎ 05.49.29.04.04 — 📠 05.49.29.17.62 — cavale@loup-garou.fr — www.loup-garou.fr

AUTORISATIONS :

En cas d'accident ou de maladie, le Centre s'efforce, le plus rapidement possible, de prévenir les parents. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le centre pourra être amené à conduire l'enfant au Service des Urgences le plus proche.

Le/...../.....,
mon enfant sera en séjour avec l'association Cavale du/...../..... au/...../..... .

oui **non** J'autorise toute intervention chirurgicale nécessitée par l'état de santé de mon enfant, pour le cas où aucun responsable légal ne pourrait être joint en temps utile pour être présent et pour consentir à cette intervention.

oui **non** J'autorise le Centre, en cas d'indisponibilité, à reprendre l'enfant à la sortie de l'Etablissement de santé. J'autorise le Directeur(trice) du Centre de Vacances à prendre, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Je soussigné(e), Mme / Melle / Mr.....

responsable de l'enfant :

■ Déclare avoir pris connaissance des conditions générales sur la brochure et y souscrire.

■ M'engage à venir accueillir l'enfant à son retour

ou confie l'enfant à :

Mr ou Mme :

Lien avec l'enfant :

covoiturage

 Domicile :  Portable :

■ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

■ Autorise celui-ci à participer au séjour et déclare qu'il est apte à pratiquer les activités énumérées sur le programme.

■ M'engage à payer la part des frais incombant à la famille qui auraient été avancés par l'organisateur : frais médicaux, d'hospitalisation ou d'opération éventuelle.

■ M'engage à régler le solde du séjour déduction faite des aides versées directement à votre Association.

■ Autorise un responsable de séjour à transporter mon enfant en voiture ou en car pendant le séjour.

■ M'engage à prendre en charge, en cas d'inadaptation dûment justifié, les frais de retour de l'enfant et de l'accompagnateur ou à venir le chercher moi-même.

■ Autorise l'enfant à être photographié ou filmé pour les éventuelles promotions du centre.

En cas de refus, je joins un courrier précisant l'interdiction.

■ Déclare qu'à ce jour, l'enfant ne présente aucune contre-indication à la vie en collectivité.

Fait à :, Le

Signature obligatoire :

« Lu et approuvé »

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A UNE ACTIVITE SPORTIVE

Je soussigné(e), DOCTEUR :

Exerçant à :

Certifie avoir examiné l'enfant :

Né(e) le : / _____ / _____ / _____

Demeurant à :

.....
.....

Déclare l'enfant **APTE** à une activité sportive et ne présente pas de contre indication à la pratique de l'équitation

Pour le séjour « J'ai sauté dans l'eau » est apte à la plongée (rayez cette mention si inutile ou non apte)

DATE ET SIGNATURE :

CACHET :

La délivrance du certificat médical de non contre-indication est désormais obligatoire tous les 3 ans et non plus chaque année comme le prévoyait la loi Buffet de 1999.

Merci donc de conserver l'original du certificat médical ou une copie afin de pouvoir l'utiliser pour une éventuelle inscription en séjour de vacances !

(nous ne nous engageons pas à l'archivage de ce document)



La Mauvaitière – 79120 LEZAY

☎ 05.49.29.04.04 — 📠 05.49.29.17.62 — cavale@loup-garou.fr — www.loup-garou.fr