

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

DATE Aller :  
DATE Retour :

HORAIRE :  
HORAIRE :

FC ASE **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)

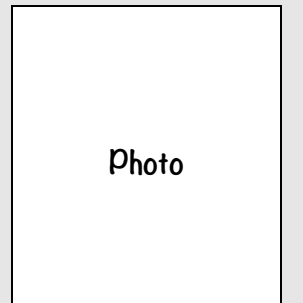
NOM de l'enfant : ..... F  M

Prénom : .....

Date de Naissance : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Code Postal :      VILLE : .....



Responsable légal de l'enfant : Père ♦ Mère ♦ Tuteur ♦ : Mr / Mme .....

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 : .....
<input type="checkbox"/> Garde exclusive	<input type="checkbox"/> Garde exclusive
<input type="checkbox"/> Garde alternée	

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

→ L'enfant dépend-il de l'Aide Sociale à l'enfance ?  Oui N° de département : .....  NON

→ L'enfant est-il en famille d'accueil ?  OUI N° de département : .....  NON

→ 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 ou de la famille d'accueil ?      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

# 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](http://www.loup-garou.fr)

# ENGAGEMENT ÉCRIT Aide Sociale à l'Enfance :

*Depuis 30 ans déjà vous faites confiance au Loup-Garou pour accueillir les enfants sous votre protection afin de créer une véritable rupture et permettre l'exercice du droit aux vacances de tous.*

*Nous avons plaisir, d'années en années, à renforcer nos liens avec les acteurs de la protection de l'enfance.*

*Ainsi en préparation de l'année 2018 nous avons soumis une nouvelle fiche sanitaire dans laquelle nous demandons un engagement fort des directions départementales quant à l'aptitude des enfants sur la vie en collectivité. Cela, afin d'éviter des situations antérieures complexes mettant à mal l'enfant lui-même, l'équipe d'animation et les partenaires A.S.E devant récupérer l'enfant de manière anticipée.*

*Nous avons constaté un travail éducatif de préparation aux séjours efficace de la part des acteurs de l'aide sociale à l'enfance. Un suivi et des échanges réguliers sur certaines situations à pu être mis en place, mettant le bien-être de l'enfant au cœur de nos préoccupations. Nous avons connu une forte baisse des départs pour cause d'inaptitude à la vie en collectivité. Nous avons également trouvé des interlocuteurs professionnels et réactifs permettant d'avoir des éléments de compréhension essentiels pour la prise en charge de situations parfois complexes que vous gérez au quotidien.*

*L'association CAVALE, ses animateurs et le Loup-garou tiennent à vous remercier sincèrement pour la confiance que vous nous témoignez et espèrent vous retrouver pour cette année 2019, pendant les petites et grandes vacances*

*A bientôt !*

*Simon ROBYNS  
Directeur de l'Association CAVALE  
SARL Loup-Garou*

Merci de vous engager par écrit :

Je soussigné(e) .....

responsable ASE de l'enfant .....

Merci de cocher chaque case :

- A pris connaissance de l'ensemble des obligations qui pèsent sur la responsabilité de l'Aide Sociale à l'Enfance
- Certifie les informations du présent dossier exactes
- Certifie que M.ou Mme .....

**joignable au numéro de téléphone :** .....

se rendra disponible à tout moment du séjour pour échanger sur la situation de l'enfant et /ou venir le chercher le jour J à la demande de l'équipe de direction

Date, Tampon de l'ASE, et Signature