

A remettre en gare ou à glisser dans la valise de l'enfant le jour du départ

## I. SEJOUR

Nom du séjour : .....  
 Centre : ..... Du : ..... / ..... / ..... Au : ..... / ..... / .....

## II. ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Sexe : ..... Poids : ..... kg Date de naissance : ..... / ..... / .....

## III. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : .....  
 Adresse : .....

## IV. VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
Ou Pentacoq					

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
**Attention** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## V. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non

Si oui, lequel ? .....  
 Joindre **obligatoirement une ordonnance** récente et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant**).  
 Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

**Rubéole** .....  oui  non **Varicelle** .....  oui  non **Oreillons** .....  oui  non  
**Coqueluche** .....  oui  non **Otite** .....  oui  non **Scarlatine** .....  oui  non  
**Angine** .....  oui  non **Rhumatismes articulaires aigus** .....  oui  non  
**Rougeole** .....  oui  non

## ALLERGIES :

**Asthme** .....  oui  non **Médicamenteuses** .....  oui  non  
**Alimentaires** .....  oui  non **Autres** .....  oui  non

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

## INDIQUER ICI LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation,

opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

## VI. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

D'ordre médical (port de lunettes, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc) :

D'ordre général :

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

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

## VII. DIVERS :

Au cas où vous seriez vous-même en vacances pendant le séjour de votre enfant, pouvez-vous nous indiquer comment vous joindre (adresse et numéro de téléphone) :

Si vous souhaitez vous faire représenter par une tierce personne lors du retour de votre enfant, merci de préciser le nom de la personne venant le chercher ainsi que le lieu (le centre, la gare, un lieu intermédiaire).  
 Préciser le cas échéant si vous l'autorisez à quitter seul le groupe et dans quelles circonstances (du centre, en cours de trajet ou à l'arrivée du train) :

Je soussigné(e) , ..... , responsable légal de l'enfant .....  
 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance des conditions particulières de vente de Telligo et de les accepter. J'autorise le directeur du séjour à prendre le cas échéant toutes les mesures nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales). Je m'engage, de plus, à rembourser la totalité des sommes avancées.

Fait à ..... Le ..... Signature des parents ou tuteurs :