Telligo

Fiche sanitaire

Cette fiche est à amener le jour du départ accompagnée de la copie des vaccins dans une enveloppe fermée au nom de l'enfant. NE PAS NOUS L'ENVOYER

Centre _____ **Nom du séjour** _____

du __ __/__ __/__ __ __ __ **au** __ __ /__ __/__ __ __ __ **Réf** _____

Nom _____ **Prénom** _____

Date de naissance : __ __ __ __ __ __ __ __ **Sexe :** ❑ **Garçon** ❑ **Fille** **Poids :** __ __ **kg**

N° portable (s'il en possède un) **:** __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Photographie récente (facultative)

1 Responsable de l'enfant

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Code postal __ __ __ __ __ Ville _____

Pays _____ Adresse E-Mail _____ Tél. pendant le séjour __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

2 Vaccinations

Le participant au séjour doit obligatoirement satisfaire aux obligations réglementaires en matière de vaccination. Dans le cas contraire, il ne peut pas participer au séjour et aucune dérogation n'est possible.

Renseigner ce tableau à partir du carnet de santé. Joindre OBLIGATOIREMENT, la copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations.

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	
ou Pentacoq					

3 Renseignements médicaux 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) au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance même s'il est en vente libre (tels que doliprane etc). Les médicaments ne sont en aucun cas conservés par les participants, quels que soient leur âge.

• **Votre enfant a t-il un traitement d'urgence à garder sur lui ?** ❑ OUI ❑ NON si oui, lesquels : _____

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

❑ Scarlatine ❑ Otite ❑ Rougeole ❑ Rubéole ❑ Angine ❑ Rhumatisme articulaires aigus ❑ Oreillons ❑ Coqueluche ❑ Varicelle

• **L'enfant fait-il de l'asthme ? :**

❑ Allergique ❑ À l'effort ❑ Non

• L'enfant a-t-il des allergies ? :

❑ Asthme ❑ Alimentaire ❑ Médicamenteuse ❑ Autres : _____

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

Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

4 Recommandations des parents

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

Type de régime alimentaire habituel en collectivité :

❑ Classique ❑ Sans porc ❑ Sans viande ❑ Sans viande / sans poisson

Nous recensons les régimes alimentaires à des fins d'organisation. Nous faisons nos meilleurs efforts pour les respecter (hors halal ou casher) sans toutefois le garantir. Les éventuelles allergies sont à indiquer dans le champs allergies.

• L'enfant mouille-t-il son lit ? ❑ OUI ❑ Occasionnellement ❑ NON

• S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? ❑ OUI ❑ NON Consignes particulières : _____

5 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 (centre, gare, lieu intermédiaire).

Nom _____ Prénom _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ (le représentant du séjour est habilité à demander de justifier de son identité à toute personne qui vient chercher l'enfant).

Si vous l'autorisez à quitter seul le groupe, précisez à quel moment (du centre, en cours de trajet ou à l'arrivée du train) _____

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

Fait à _____ **Signature du responsable légal (précédée de la mention "lu et approuvé")**

Le __ __/__ __/__ __ __ __