



# Fiche d'adhésion

2023 – 2024

Tarif : 5,50 €

## RENSEIGNEMENTS DU JEUNE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ à \_\_\_\_\_

N° Portable : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Etablissement fréquenté : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS DES RESPONSABLE LEGAUX

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  Père -  Mère -  Tuteur -  Autre

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Commune déléguée : \_\_\_\_\_

N° Domicile : \_\_\_\_\_ N° Portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_ N° Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### Conjoint(e) :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  Père -  Mère -  Tuteur -  Autre

Adresse (si différente) : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Commune déléguée : \_\_\_\_\_

N° Domicile : \_\_\_\_\_ N° Portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_ N° Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (SI IMPOSSIBILITE DE JOINDRE LES PARENTS)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec le jeune : \_\_\_\_\_ N° Domicile : \_\_\_\_\_

N° Portable : \_\_\_\_\_ N° Tél. Professionnel : \_\_\_\_\_



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

---



---



---



---