



# FICHE SANITAIRE

Nom : F  G  Autorité parentale :  Père  
Prénom : Adresse :  Mère  
Date de naissance : TÉL. principal (adulte) :  Tuteur  
Ecole : MAIL principal (adulte) :

## L'ENFANT

Sait-il nager ? OUI  NON  A-t-elle ses règles ? OUI  NON  N° CAFAT / RUAMM :  
Mouille-t-il son lit ? OUI  NON  Porte-t-il des lunettes ? OUI  NON  N° COJH ou CORH :  
Avez-vous fourni un certificat médical ? OUI  NON  Date du certificat : N° Aide médicale :  
Avez-vous fourni un test de natation ? OUI  NON  Mutuelle :  
Droit à l'image ? OUI  NON

**RAPPEL** : un certificat médical d'aptitude à la pratique d'activités physiques et sportives et à la vie en collectivité est exigé pour les séjours.

Du : Au :

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant :

Merci de cocher les pathologies suivantes que votre enfant à déjà eu :

Rubéole  Asthme  
 Varicelle  Rougeole  
 Angines  Oreillons  
 Scarlatine  Rhumatismes  
 Coqueluche  Otites

VACCINS	DATE DU DERNIER RAPPEL
Hépatite B	
Polio	
Diphtérie	
Tétanos	
Coqueluche	
Hémophilus B	
Rougeole	
Oreillon	
Rubéole	
BCG	
Autres vaccins	

L'enfant fait-il des allergies (alimentaires ou autres) ? OUI  NON   
Si oui, lesquelles ?

L'enfant a-t-il déjà subi des opérations chirurgicales ? OUI  NON   
Si oui, lesquelles ?

L'enfant suit-il un traitement régulier ? OUI  NON   
Si oui, lequel ?

*Rappel : si l'enfant doit suivre un traitement durant son séjour, vous devez impérativement fournir les médicaments et impérativement joindre l'ordonnance qui devra être explicite. Celui-ci sera administré par le responsable sanitaire du centre.*



## CONTACTS

### MÈRE

**Nom & prénom :**

**Profession :**

**Adresse :**

**Tèl. Mobil :**

**Tèl. Fixe :**

**Tèl. Bureau :**

**Mail :**

### PÈRE

**Nom & prénom :**

**Profession :**

**Adresse :**

**Tèl. Mobil :**

**Tèl. Fixe :**

**Tèl. Bureau :**

**Mail :**

### TUTEUR

**Nom & prénom :**

**Profession :**

**Adresse :**

**Tèl. Mobil :**

**Tèl. Fixe :**

**Tèl. Bureau :**

**Mail :**

## AUTORISATION

**Je soussigné(e)**

**Père, mère, tuteur, responsable légal de l'enfant**

1. Autorise mon enfant à participer à tous les activités sportives, sorties, baignades (sauf contre-indications médicales), organisées durant le séjour de vacances (selon planning).
2. Autorise le directeur du centre à faire soigner mon enfant, et à faire pratiquer tout acte médical ou chirurgical d'urgence que nécessitera son état, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions des médecins. J'accepte toute hospitalisation dans l'hôpital le plus proche.
3. M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.
4. A pris conscience et accepte le règlement intérieur de DAOVI (disponible sur notre site internet [www.daovi-asso.com](http://www.daovi-asso.com))

**DÉPART DE L'ENFANT :**

Avec les parents

Avec un tiers, Tèl. :

Avec un transporteur, Tèl. :

**Signatures des parents :**