Fiche Sanitaire SEJOURS 2026

N° SEJOUR ☐☐☐☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (L'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

Départ et Retour en Gare de :

Tours / St Pierre ☐ **Orléans / Les Aubrais** ☐ **Vierzon** ☐

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... **SEXE : M** ☐ **F** ☐

VACCINATIONS

JOINDRE OBLIGATOIRELENT LA COPIE DU CARNET DE VACCICNATION

Diphtérie	**oui** ☐	**non** ☐	Tétanos	**oui** ☐	**non** ☐
Poliomyélite / DT Polio / Tétracoq	**oui** ☐	**non** ☐	Hépatite B	**oui** ☐	**non** ☐
Rubéole – Oreillons – Rougeole	**oui** ☐	**non** ☐	Coqueluche	**oui** ☐	**non** ☐
BCG	**oui** ☐	**non** ☐	Autres		

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour? Oui☐ Non☐

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

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

L'enfant a-t-il déjà eu déjà eu les maladies infantiles ? si oui préciser .....

ALLERGIES

ASTHME : **oui** ☐ **non** ☐ **MEDICAMENTEUSES :** **oui** ☐ **non** ☐

ALIMENTAIRES : **oui** ☐ **non** ☐ **AUTRES :** **oui** ☐ **non** ☐

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler
Toutes les allergies Alimentaires devront être justifiées par un document médical

Conduite à tenir : .....

Les difficultés de santé, si oui préciser : .....

Fournir la copie du PAI de l'année en cours, protocole d'accueil individualisé signé avec l'établissement scolaire.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareils dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…

.....

Régime Alimentaire à préciser : .....

Natation : Test d'aisance aquatique à fournir pour les Bases nautiques et piscines

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

MERE

NOM.....PRENOM .....
ADRESSE .....
.....VILLE/CP .....
TEL.PORTABLE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| TEL.BUREAU |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
MAIL.....@ .....

PERE

NOM.....PRENOM .....
ADRESSE .....
.....VILLE/CP .....
TEL.PORTABLE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| TEL.BUREAU |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
MAIL.....@ .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

NOM..... PRENOM .....
ADRESSE .....
……VILLE/CP.....
TEL.PORTABLE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| TEL.BUREAU |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
MAIL .....@.....

REGIME ET COUVERTURE SOCIALE DE L'ENFANT - A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Régime Caisse de Prévoyance N° _____
Ou Numéro de sécurité sociale N° _____

ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE- COPIE A FOURNIR

Numéro du contrat d'assurance _____
Nom de l'assureur_____
Adresse de l'assurance _____

Je soussigné, ...responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état d'enfant.

Date : **Signature :**