

**LIVRET SANITAIRE
CENTRES DE VACANCES
Année 2019**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : M F

Nationalité :

Etablissement scolaire fréquenté :

Classe suivie :

Inscrit au centre de vacances de :

Hiver 1 : Corrençon

Hiver 2 : Corrençon

Printemps : Corrençon

Juillet : Corrençon

Août : Corrençon

**Photo
Obligatoire**

Ce livret dûment complété sous la responsabilité du demandeur (responsable légal) accompagnera l'enfant en centre de vacances. Il sera confié par nos soins au directeur du centre.

Nous vous recommandons vivement de le remplir avec un maximum d'attention et de soin dans l'intérêt même de votre enfant, toute omission impliquant votre seule responsabilité.

FICHE FAMILIALE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA COMPOSITION DU FOYER ACTUEL

Représentant n° 1 de la famille :

 Mr Mme
Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

OBLIGATOIRE : pour vous joindre facilement pendant le séjour :

 domicile :

 portable :

Email :

Lien de parenté avec l'enfant :

- Père Mère
 Tuteur (trice) Autres (à préciser) :

Situation de famille :

- Célibataire Séparé (e)*
 Vie maritale Divorcé* (e)
 Marié(e) Veuf (ve)
 PACS

***Résidence de l'enfant en cas de divorce ou de séparation (fournir une photocopie du jugement)**
Représentant n° 2 de la famille :

 Mr Mme
Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

OBLIGATOIRE : pour vous joindre facilement pendant le séjour :

 domicile :

 portable :

Email :

Lien de parenté avec l'enfant :

- Père Mère
 Tuteur (trice) Autres (à préciser) :

Situation de famille :

- Célibataire Séparé (e)*
 Vie maritale Divorcé* (e)
 Marié(e) Veuf (ve)
 PACS

***Résidence de l'enfant en cas de divorce ou de séparation (fournir une photocopie du jugement)**
Nom - Prénom – Adresse et signature obligatoire du payeur du séjour :
En cas de parents séparés, préciser le nom, prénom et adresse du parent ne faisant pas partie du foyer actuel :
En cas d'absence ou d'urgence : nom(s) de la (les) personne(s) à prévenir, **lien de parenté**, adresse et téléphone :

FICHE SANITAIRE

Numéro de sécurité sociale **assurant** l'enfant :

| - | - - | - - | - - | - - - | - - - | - - |

- **Bénéficiaire du régime C.M.U** (Couverture Maladie Universelle) :

oui non

Si oui, fournir **obligatoirement** une copie de l'attestation de la carte vitale **en cours de validité**.

Mutuelle complémentaire :

ASSURANCE : joindre obligatoirement une attestation en cours de validité certifiant que votre enfant est assuré durant les vacances scolaires, en :

- **responsabilité civile,**
- **individuelle accident, extra scolaire,**
- **rapatriement sanitaire,**
- **secours sur pistes pour les séjours de neige.**

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

<u>A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?</u>	• Rougeole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Rubéole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	• Oreillons : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Varicelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	• Rhumatismes : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Scarlatine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	• (cocher la case)
• Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Rencontre-t-il un problème médical ? à préciser :

- Asthme : oui non
- Allergies Médicamenteuses : oui non
- Allergies Alimentaires, citez le ou les aliment(s) interdit(s) : oui non

- **Autres, à préciser :** oui non

Fait-il l'objet d'un P.A.I. ? (Protocole d'Accueil Individualisé) oui non

Si oui, fournir **obligatoirement** le PAI.

Est-il porteur d'un handicap ? oui non. Si oui, préciser le handicap rencontré : _____



Tout problème de santé indiqué ci-dessus, impliquant des contraintes d'accueil particulières ou un PAI notamment alimentaire (allergies), devra faire l'objet d'un courrier spécifique accompagné d'un dossier médical, explicitant la situation et les mesures à prendre sur place.

VACCINATIONS (Indiquer la dernière date). Si votre enfant n'est pas à jour des vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

D.T. – D.T. POLIO – D.T. COQ - TETRACOQ – PENTACOQ –	B.C.G.	AUTRES (préciser)

Pour le bien-être de votre enfant, veuillez répondre aux questions suivantes, puis utiliser éventuellement les quelques lignes supplémentaires (recommandations particulières) pour toutes précisions que vous jugeriez nécessaires.

Actuellement, votre enfant suit-il un traitement médical ? Si oui, précisez pour quelle maladie : _____

oui non

Traitement à poursuivre pendant le séjour ?

oui non

Si oui, procurer à l'assistant sanitaire ou au directeur le jour du départ, l'ordonnance médicale en cours, les médicaments correspondants et conditionnés dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant avec la notice, faute de quoi, le traitement ne pourrait pas être administré pendant le séjour ; tout médicament apporté par l'enfant serait dans tous les cas, récupéré puis « géré » par l'assistant sanitaire sur place.

En tout état de cause, tout enfant porteur de maladie contagieuse ou fiévreux, ne pourra être accepté au moment du départ.

Votre enfant :

• Poids :

- Mouille-t-il son lit ?

Taille :

oui non

Porte-t-il ? :

- un appareil dentaire oui non
- des lunettes de vue ou lentilles oui non
- un appareil auditif oui non
- des semelles orthopédiques oui non
- des chaussures orthopédiques oui non
- d'autres prothèses ? (à préciser) oui non
- S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non
- Est-il somnambule ? oui non

Est-il suivi par un établissement spécialisé ? oui non

• Si oui lequel ? :

• Sait-il nager ? oui non

• L'autorisez-vous à se baigner ? oui non

Pour les séjours d'hiver uniquement préciser le dernier niveau de ski obtenu :
débutant, ourson, flocon, 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} étoile, étoile de bronze, étoile d'or...

Veillez mentionner tout problème de santé ou de comportement particulier rencontré par votre enfant (en indiquant leur nature), dans la mesure où cela pourrait aider du mieux possible l'encadrement du centre, le médecin, voire le chirurgien, le cas échéant :

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

Maladies graves, accidents, crises convulsives :

Régime alimentaire :

Mon enfant mange du porc : oui non

Pour les enfants ne consommant pas de porc, uniquement, un plat de substitution sera proposé.

Nom du médecin traitant habituel :

Téléphone :

Adresse :

Recommandations particulières :

ENGAGEMENT PERSONNEL DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Je soussigné (e) M, Mme, _____
Responsable légal de l'enfant, _____

Déclare exacts les renseignements portés sur ce livret sanitaire et autorise le responsable du centre de vacances à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, anesthésie, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

En cas de rapatriement sanitaire, autorise l'organisme d'assurance ou de mutuelle auprès duquel j'ai souscrit ce risque à effectuer ce service en mon nom (rappel de l'organisme : _____)

Atteste, dans l'intérêt même de mon enfant, n'avoir omis aucune information d'ordre médical ou autre, indispensable.

M'engage à payer les frais de séjour et rembourser les éventuels frais médicaux, d'hospitalisation ou de rapatriement.

Accepte le port obligatoire du casque y compris pour les adolescents, durant l'activité ski et ce afin de renforcer leur sécurité.

Accepte l'interdiction des objets de valeur, des objets dangereux, des téléphones portables et tout appareil susceptible de se connecter à internet.

M'engage à respecter les horaires de convocation pour le départ et retour de mon enfant et à être présent au retour de mon enfant ; dans le cas contraire, je prends note qu'il sera déposé au commissariat.

Déclare par cette inscription accepter l'ensemble des règles propres à la vie en collectivité du centre d'accueil et confirme être informé(e), qu'en cas de manquement grave de mon enfant à la discipline du centre (vol, violence, grossièreté, déprédation ou détérioration volontaire de matériel, absorption de substances dangereuses pour la santé, indécence ou conduite provocante ...), **il sera procédé à son renvoi immédiat à mes frais : retour de l'enfant et aller retour de l'accompagnateur. Les frais de séjour seront intégralement dus et facturés ainsi que le remboursement des dégâts occasionnés.**

Autorise la ville de Villemomble à publier les photographies représentant mon enfant, prises durant les séjours de vacances, dans les publications municipales et sur le site web de la ville (www.villemomble.fr) afin de relater les activités menées au cours de ces séjours et m'engage à ne prétendre à aucune rémunération ou avantage pour ces parutions. Dans le cas où la commune déciderait d'éditer un CD de photographies ou bien d'imprimer quelques photographies du séjour où mon enfant serait susceptible de figurer, j'autorise la ville de Villemomble à offrir le CD ou les photographies aux familles des enfants participants afin que chacun puisse en garder un souvenir.

Lu et approuvé, le :

Signature,

**CERTIFICAT MEDICAL A LA PRATIQUE
D'ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES
A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

Le docteur en médecine soussigné, certifie après avoir examiné :

Nom et Prénom : _____

âge : _____ , qu'il (elle) ne présente pas de contre indication médicale cliniquement décelable ou de trouble psychomoteur ou psychologique, empêchant ou rendant risquée la pratique des activités physiques ou sportives, suivantes :

- canoë-kayak ou autres sports nautiques (plongée sous-marine exclue).
- Biathlon
- VTT
- Varappe, spéléologie, escalade, alpinisme, accro branche, canyoning
- Equitation.
- Sports d'hiver (ski alpin ou de fond).
- Ski à roulettes
- Piscine.
- Athlétisme.
- Tir à l'arc.
- Roller.
- Sports collectifs notamment de ballons.
- Tennis.
- Multi sports

Pour tous ces sports ne rayer que les sports contre-indiqués. (Préciser si besoin les motifs en « observations éventuelles ».

Et qu'il (elle) est à jour des vaccins obligatoires.

Certificat valable pour un an à compter de janvier 2019.

Date : **Signature et cachet du médecin :**

Observations éventuelles :

