LIVRET SANITAIRE
CENTRE DE VACANCES – Année 2023

Nom – Prénom : _____

Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance : _____
Lieu de naissance : _____

Photo Obligatoire

Etablissement scolaire fréquenté :

Classe suivie **:**

Inscrit au centre de vacances :

Hiver 1 : ☐

Hiver 2 : ☐

Printemps : ☐

Juillet : ☐

Août : ☐

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 FAMILLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA COMPOSITION DU FOYER ACTUEL	
Représentant n° 1 de la famille : Mr ☐ Mme ☐ **Nom :** Prénom : 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 : 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 <u>signature obligatoire</u> 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 :	

CERTIFICAT MEDICAL A LA PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT (**Certificat valable pour un an à compter de janvier 2023).**

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 »).

<u>Et qu'il (elle) est à jour des vaccins obligatoires.</u>

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

Observations éventuelles :

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 :**

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.**

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 :

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Rubéole : ☐ oui ☐ non Varicelle : ☐ oui ☐ non Scarlatine : ☐ oui ☐ non Coqueluche : ☐ oui ☐ non	Rougeole : ☐ oui ☐ non Oreillons : ☐ oui ☐ non Rhumatismes : ☐ oui ☐ non (cocher la case)

* *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 fièvreux, ne pourra être accepté au moment du départ.

Votre enfant :

- **Poids :** **Taille :**
- Mouille-t-il son lit ? ☐ 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, 1ère, 2ème, 3ème étoile, étoile de bronze, étoile d'or…

_____

Veuillez 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 :