

Prévoir le  
Pique-Nique

Lieux :

Salle des Art  
Martiaux, Rue de  
Phocéan, Orange

Et stade Paul Pic

Horaires :

Accueil 8h30-9h15

Accueil du soir :  
17h-17h30

Tarif

60€

Jeux de Ballon

柔道

Tir à l'arc

Ju-jitsu

Stage

Judo, Vacances,  
Multi-activités.

Grands Jeux Sportifs

## Stage Judo, Vacances, Multi-Activités

### DU 18 au 22 Février

#### Informations sur le judoka :

Nom : ..... Prénom : .....

Née le : ..... A : .....

Adresse : .....

Section d'appartenance (club) : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Mutuelle : ..... Groupe Sanguin (si connu) : .....

#### Autorisation Parentale :

Je soussigné .....  Mère  Père  Tuteur (1)

(1) Autorise mon enfant à participer au Stage Judo, Vacances, Multi-activités, placé sous la responsabilité de Melle TEISSONNIERE Agnès.

(1) Autorise le responsable de l'encadrement du séjour, Melle Teissonniere Agnès, à prendre en cas d'accident sérieux, toute décision d'ordre Médical et Chirurgical en mes lieux et places si, il est impossible de me joindre.

#### Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Téléphone : .....

Fait à ..... le ..... Signature et qualité :

(1) Cocher la case adéquate



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

CARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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
Diphérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Ostrelin-Scarlatine	
Poliomyélite				Cogarduche	
Ou DTI polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 a-t-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	BRANCHITE ARTICULAIRE ACU	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	OREILLES	
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 auto-médication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LINETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ

.....

.....

.....

.....

.....

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE PENDANT LE SÉJOUR : .....

TEL. FIXE (ET PORTABLE, DOMICILE) : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (ENCADRÉ) : .....

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 de l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

.....

## OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....