



**Sport Nature Découverte**

2 rue des Rolliers

30820 CAVEIRAC

Email : [contact@snd30.fr](mailto:contact@snd30.fr)

## FICHE D'INFORMATION - vacances de printemps avril 2017

page 1 sur 2

Nom :  Prénom :   
Numéro de carte SND\* : J -  -  -  -  -

### FICHE SANITAIRE

N° sécurité sociale :  -  -  -  -  -  -  Groupe sanguin :

Nom du médecin traitant :  Tél. :  /  /  /  /

Taille :  cm. Poids :  kg. L'enfant est-il énurétique (pipi au lit) ? ☐ oui ☐ non

**Vaccins obligatoires :** ☐ Diphtérie ☐ Tétanos ☐ Poliomyélite ou ☐ DT Polio ou ☐ Tétracoq

**Vaccins recommandés :** ☐ Hépatite B ☐ Rubéole-Oreillons-Rougeole ☐ Coqueluche ☐ Autres :

Joindre la photocopie du carnet de santé de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**Traitement médical au cours du séjour :** ☐ Non ☐ Oui : joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine avec la notice, y marquer le nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**  
Coqueluche : ☐ oui ☐ non Varicelle : ☐ oui ☐ non  
Rubéole : ☐ oui ☐ non Otite : ☐ oui ☐ non Rougeole : ☐ oui ☐ non Scarlatine : ☐ oui ☐ non  
Oreillons : ☐ oui ☐ non Angine : ☐ oui ☐ non Rhumatisme articulaire aigu : ☐ oui ☐ non

**Allergies :** ☐ Asthme ☐ Alimentaires ☐ Médicamenteuses ☐ Autres :  ☐ Aucune

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

**Régime spécifique :** ☐ Aucun ☐ Végétarien ☐ Sans porc ☐ Autre :

**Observations diverses :**



**Sport Nature Découverte**

2 rue des Rolliers

30820 CAVEIRAC

Email : [contact@snd30.fr](mailto:contact@snd30.fr)

## FICHE D'INFORMATION - vacances de printemps avril 2017

page 2 sur 2

### AUTORISATIONS

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, représentant légal du mineur \_\_\_\_\_

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et donne les autorisations suivantes :

1 - J'autorise l'équipe d'encadrement, à :

- Prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant : oui ☐ non ☐
- Assurer son transport en voiture ou en minibus au cours du séjour : oui ☐ non ☐
- Publier des photos et vidéos, prises dans le cadre des activités de l'association, sur le site web [www.snd30.fr](http://www.snd30.fr), et autres publications associées aux activités de l'association : oui ☐ non ☐

2 - Dans le cas où aucun représentant légal de l'enfant ne puisse être présent à la fin du séjour :

J'autorise mon enfant à partir seul : oui ☐ non ☐

J'autorise la personne adulte suivante à venir chercher l'enfant à ma place :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Adresse email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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