

À renvoyer

par courrier à
l'Aroéven Nantes
4 rue de la perrière
44200 Nantes
ou scannée par mail :
aroeven.nantes@aroeven.fr

SEJOUR : du/...../..... au/...../.....

ENFANT NOM : PRENOM :

Sexe : F M Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Nationalité : Poids : Taille :cm Pointure :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Représentant légal <input type="checkbox"/>	NOM	Prénom
--	-----------	--------------

Adresse :

Portable 1

Portable 2

Domicile

Travail

Mail :@.....

IMPORTANT

► En cas d'urgence pendant le séjour, merci de nous indiquer comment nous pouvons vous joindre, **24/24h et 7j/7**

fixe : portable :

Adresse du responsable du jeune pendant le séjour :

AUTORISATIONS

Je soussigné :

(nom, prénom du responsable)

Autorise.....

(nom, prénom du jeune)

1 à pratiquer toutes les activités sportives organisées durant le séjour.

2 m'engage à reverser à l'Aroéven, en cas de maladie du jeune pendant le séjour, le montant des dépenses engagées pour le traitement, lors du retour.

3 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Si vous ne pouvez pas venir chercher votre enfant au retour du séjour, merci de nous fournir une attestation signée de votre main en nous mentionnant les modalités de retour du jeune (retour seul ou nom des personnes qui le prendront en charge).

L'Aroéven se réserve le droit d'utiliser les photos prises lors d'un séjour (publications supports papiers, électronique, web, site internet, expositions, diaporamas, photos remis aux participants, etc.). En aucun cas les images ne seront utilisées dans un autre cadre que celui des Aroéven.

Si la famille ou le représentant légal ne souhaite pas que l'enfant figure sur lesdites photos, il est nécessaire d'adresser à l'Aroéven un refus écrit au plus tard 8 jours avant le début du séjour ou de le préciser au moment de l'inscription.

Conformément à la réglementation générale à la protection des données personnelles, **vous disposez d'un droit d'accès et de rectification** aux données vous concernant qui seront conservées pendant maximum 3 ans.

Fait à Le

(Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé »)

Signature

Cette fiche vous évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

→ VACCINATIONS

A remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant (Vous pouvez nous remettre une copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations mais en aucun cas, le carnet de santé)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates	Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention Le vaccin antitétanique est obligatoire et ne présente aucune contre-indication.
Diphtérie				Hépatite B		
Tétanos				Rubéole-Oreillons-		
Poliomyélite				Coqueluche		
Ou DT Polio				Méningite		
Ou Tétracoq				BCG		
Ou pentacoc				Autres (préciser)		

Groupe sanguin : (Facultatif) - Nom et tél.médecin traitant (facultatif)

→ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui joindre une photocopie d'une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice remis au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

→ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine	Coqueluche	Otites	Rougeole	Oreillons
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"/>	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.....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non parfois Si c'est une fille, est-elle réglée ? oui non

DIFFICULTES DE SANTE (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) **Préciser les dates et les précautions à prendre.**

OBSERVATIONS (merci de remplir soigneusement cette rubrique)

C.M.U (Couverture Maladie Universelle) oui non (Pour les bénéficiaires de la C.M.U fournir **impérativement** la photocopie de l'attestation C.M.U)
Noter ici toutes les indications que vous jugez utiles (comportement de l'enfant, recommandations particulières, régime alimentaire...)

LE CAS ECHEANT, éducateur ou assistante sociale en charge du jeune joignable avant, pendant et après le séjour

NOM : 

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

D'ordre médical (port de lentilles, de lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.)

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR

Observations ou soins donnés pendant le séjour :