



PHOTO

FICHE SANITAIRE Séjour "Mont-Saxonnex"

☐ Groupe élémentaires
(CP au CM2)

☐ Groupe préados
(Collégiens jusqu'à 14 ans révolus)

Attention, la remise de la fiche sanitaire ne vaut pas inscription définitive. La réponse se fera par mail au plus tard le 16 janvier et le paiement devra être effectué au plus tard le **7 février 2026**.

L'enfant

Nom : Prénom : Sexe : ☐ M ☐ F

Né(e) le ___ / ___ / 20___

Responsable de l'enfant

Mme/M.....

Adresse :

.....

Mail :

.....@.....

Téléphone : Mobile :

N° de sécurité sociale :

Personnes à prévenir en cas d'urgence pendant la période du séjour

● **Personne n° 1 :**

Nom : Prénom :

Lien de parenté : ☐ père ☐ mère ☐ frère/sœur ☐ autre :

☎ Téléphone fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ 📱 Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

● **Personne n° 2 :**

Nom : Prénom :

Lien de parenté : ☐ père ☐ mère ☐ frère/sœur ☐ autre :

☎ Téléphone fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ 📱 Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Poids :kg Taille :cm (*informations utiles en cas d'urgence*)

Pointure : (*Pour les chaussures de ski*)

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ?

.....

Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant) au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Doit-il garder des médicaments en permanence sur lui ? ☐ Oui ☐ Non

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

Angine	Rubéole	Varicelle	Rhumatismes articulaires aigus	Coqueluche
<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

Rougeole	Oreillons	Scarlatine	Otites
<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

L'enfant fait-il de l'asthme ?	L'enfant a-t-il des allergies ?
<input type="checkbox"/> Allergique <input type="checkbox"/> A l'effort <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Non

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

.....
.....

Vaccinations à jour : merci de fournir un certificat de vaccination ou la copie du carnet de vaccination (carnet de santé)

Indiquez les autres difficultés de santé en indiquant les dates :

(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations...)

.....
.....

Recommandations des parents

(Port de lunettes, appareil dentaire, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, difficultés alimentaires, craintes, peur de l'eau, etc...)

.....
.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ?

.....

L'enfant mouille-t-il son lit ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois

L'enfant sait-il skier ?

☐ Oui ☐ Non

Niveau :

L'enfant a-t-il déjà participé à un séjour de vacances ? ☐ Oui ☐ Non

Je soussigné(e),, responsable de l'enfant :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour, le cas échéant, à prendre toutes les mesures (hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Autorise l'équipe à prendre en photo ou à filmer mon enfant dans le cadre d'une communication interne ou externe.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les animations/activités proposées dans le cadre du séjour.
- Autorise l'équipe à transporter mon enfant dans le cadre des animations.

J'ai noté également qu'en cas de comportement de mon enfant incompatible avec la vie en collectivité, l'ensemble des frais relatifs à son renvoi est à ma charge, sans aucune possibilité de remboursement des frais de séjour.

Afin de respecter les règles de la vie en collectivité, j'ai bien noté également que mon enfant n'a pas le droit de fumer (cigarette, narguilé, puff, etc...)

Date et signature