

Association Caix d'Hervelois

58 rue Viollet le Duc 94210 La Varenne

tél/fax : 01 48 83 60 09

Email : Email : assoc.caix@orange.fr

Stages Musicaux

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A envoyer pour validation de l'inscription avec photocopie des vaccinations (carnet de santé)

NOM de l'enfant :

prénom :

Sexe :

date de naissance :

VACCINATIONS

Photocopie des pages du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant

Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	oui / non	ANGINES	oui / non	SCARLATINE	oui / non
OTITES	oui / non	ROUGEOLE	oui / non	VARICELLE	oui / non
RHUMATISME	oui / non			COQUELUCHE	oui / non
ASTHME	oui / non	OREILLONS	oui / non		

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

..... /..... /.....
..... /..... /.....
..... /..... /.....

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....
.....
.....

Actuellement votre enfant suit-il un traitement ? Si oui, lequel ?

.....
..... ;

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance des médicaments.

L'enfant mouille-t-il au lit ? oui / non / occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui / non

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

ADRESSE pendant la durée du séjour :

.....
.....

N° de téléphone du domicile et pendant la durée du séjour :

.....

Adresse électronique :

.....

N° SS :

Adresse du centre payeur :

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

Date :

signature :