

Date d'inscription :

CHATEL 2025

NOM : PRENOM : ☐ Fille ☐ Garçon		Date de naissance : ☐ Année de naissance (2017- 2016- 2015) ☐ Année de naissance (2014- 2013- 2012- 2011)	
Adresse :			
Semaine	☐ 28 (du 07 au 11 juillet)	☐ 29 (du 14 au 18 juillet)	

1. VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCIN OBLIGATOIRE	Oui	Non	Nom du vaccin	Date du dernier rappel
DT Polio	☐	☐		 / /

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Allergies : Médicamenteuses ☐ oui ☐ non Asthme ☐ oui ☐ non
 Alimentaires ☐ oui ☐ non Autres ☐ oui ☐ non

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

3. RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou toutes difficultés de santé.

4. REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :
.....

Tél. domicile : Travail : Portable :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné(e), représentant 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.

Menu unique. Aucun régime alimentaire spécifique.

Date :

Signature (précédée de la mention lu et approuvé)