Renseignements concernant la famille

Profession du père ☐ du tuteur ☐ .....
Employeur ..... Tél. travail |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Profession de la mère .....
Employeur ..... Tél. travail |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse du responsable pendant le séjour

.....
Code postal |__|__|__|__|__| Ville .....
Tél. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tél. portable |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Personne à prévenir en cas d'absence

Mr ☐ Mme ☐ Melle ☐.....
Adresse .....
Code postal |__|__|__|__|__| Ville .....
Tél. domicile |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tél. portable |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Sécurité sociale

Numéro d'assuré |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|
Adresse de la caisse .....
Code postal |__|__|__|__|__| Ville.....

Si l'enfant bénéficie de la C.M.U., merci de joindre l'attestation.

Mutuelle

Bénéficiez-vous d'une mutuelle oui ☐ non ☐
Si oui, laquelle .....
Adresse .....
Code postal |__|__|__|__|__| Ville .....

Assurance responsabilité civile et individuelle accident corporel

Nom.....
Adresse .....
Code postal..... Ville.....
Avez-vous souscrit un contrat d'assurance scolaire à la MAE ? oui ☐ non ☐
Si oui, numéro de contrat..... option .....

Votre enfant est-il inscrit par une collectivité ? oui ☐non ☐
Si oui, laquelle .....
Adresse .....
Code postal |__|__|__|__|__| Ville.....

Les activités nautiques (voile, canoë, kayak…) nécessitent de savoir nager.
L'enfant sait-il nager ? oui ☐ non ☐
Si oui, quelle distance parcourt l'enfant à la nage ?.....

Vaccinations

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes.

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Rougeole - Oreillons	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐
Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants **(boîtes de médicaments dans leur emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)**

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

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

Rubéole	oui ☐	non ☐	Oreillons	oui ☐	non ☐
Varicelle	oui ☐	non ☐	Otite	oui ☐	non ☐
Rougeole	oui ☐	non ☐	Angine	oui ☐	non ☐
Scarlatine	oui ☐	non ☐	Coqueluche	oui ☐	non ☐
Rhumatisme articulaire aigüe	oui ☐	non ☐			

ALLERGIES : Asthme oui ☐ non ☐ Médicamenteuses oui ☐ non ☐
Alimentaires oui ☐ non ☐ Autres .....
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.
.....
.....

Ne confiez pas le carnet de santé à votre enfant

L'enfant mouille-t-il son lit? oui ☐ non ☐ S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée? oui ☐ non ☐

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc… précisez. ……
……
……
……