

MINI-CAMP 2022 BASE DE LOISIRS BAIRON DU 22/08/22 AU 26/08/2022	ENFANT NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE : GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
--	---

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

1) Vaccination :

➤ **J'atteste que mon enfant est à jour dans ses vaccins :** **Oui** **Non**

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination ou les pages du carnet de santé relatives aux vaccinations ou une attestation du médecin en cas de contre-indications aux vaccinations.

2) Renseignements médicaux concernant l'enfant :

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

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Rougeole |

➤ **L'enfant a-t-il des allergies ?**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Alimentaire |
| <input type="checkbox"/> Médicamenteuse | <input type="checkbox"/> Autre : |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si auto médication le signaler) :

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

➤ **Difficultés de santé diverses (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :**

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

➤ **L'enfant suit-il un traitement médical au moment du séjour ?** **Oui** **Non**

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

3) Autres recommandations utiles :

➤ **Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives et/ou dentaires, etc. ?**
Précisez :

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : Prénom :

Adresse :

Adresse mail :

N° téléphone :

NOM et téléphone du médecin traitant :

Nom et adresse de la mutuelle :

N° sécurité sociale :

AUTORISATIONS :

➤ **Droit à l'image**

Je soussigné(e)

Autorise la publication d'images de mon enfant qui auront été prises lors de sa participation aux activités organisées par la commune de Bezannes dans le cadre du séjour de vacances du 19 au 28 août 2022 sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion de ses activités (presse écrite, site internet, réseaux sociaux...).

N'autorise pas la publication d'images de mon enfant.

**Je soussigné(e)
représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon enfant :**

- A être transporté en autocar ou en voiture
- A prendre part aux activités sportives
- A se baigner et à participer aux activités aquatiques
(Joindre l'attestation d'aisance aquatique obligatoirement)
- Autorise toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant

Date :

Signature du responsable légal