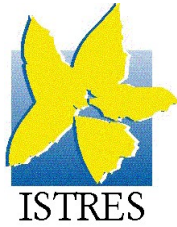


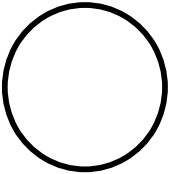
Photo  
Obligatoire

Nom : .....

Prénom : .....



# DOSSIER SANITAIRE SÉJOUR



## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE :

	Parent 1	Parent 2
Nom, Prénom		
Profession		
E-mail		
Portable		
Adresse		
Tel Domicile		
Tel Travail		
N° de Sécurité Sociale		

***Si l'autorité parentale ou la garde de l'enfant ne s'exerce pas pour l'un ou les deux parents, fournir une copie de la décision de justice.***

Personne à contacter en cas d'absence du/des parent(s) ou du tuteur :

Nom, Prénom : ..... Téléphone : .....

Je soussigné(e) ..... responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable du séjour à soigner mon enfant et à lui faire pratiquer les interventions d'urgence sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

Autorise       N'autorise pas

Date : ..... Signatures des parents : .....

**Année : 2023 - 2024**

NOM, PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : | | | | |

Fille       Garçon

Taille : ..... Poids : ..... Pointure : ..... Tour de tête : .....

### Cadre réservé à l'administration :

<input type="checkbox"/> Autorisation photos	<input type="checkbox"/> Photocopies des vaccins
<input type="checkbox"/> Jugement	<input type="checkbox"/> Consentement autotest antigénique

- **Dossier à rendre impérativement à la confirmation.**
- **Pour les inscriptions directes : dossier à rendre impérativement dans les 48 heures qui suivent l'inscription.**


**Tout dossier incomplet sera refusé**

*Les informations du séjour sont mises en ligne sur le site de la ville : <http://www.istres.fr/sejours>*

Téléphone du service : 04.13.29.59.31

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

VACCINATIONS : joindre obligatoirement les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé (D.T. Polio).

 Selon le décret du 25 janvier 2018, l'article R.3111-8 du Code de la santé publique, en séjour de vacances le principe est **tolérance zéro**. Les parents doivent apporter la preuve de l'accomplissement de la vaccination D.T-Polio pour que l'enfant puisse partir en séjour.

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

CASE À COCHER S'IL Y A LIEU :

- ROUGEOLE    COQUELUCHE    RUBÉOLE    ASTHME  
 SCARLATINE    OREILLONS    OTITE    VARICELLE

INDIQUEZ ICI LES AUTRES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX EN PRÉCISANT LES DATES :  
(maladies, accidents, crises convulsives, opérations, rééducations)

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

Actuellement l'enfant suit-il un traitement :    oui    non

Si oui, lequel : .....

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, **n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.**

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

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?    Oui    Non

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Les frais médicaux remboursables sont avancés par la Direction Éducation Enfance. Ils sont ensuite facturés à la famille qui s'engage à les régler contre restitution des originaux.

## RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER DE L'ENFANT :

Pas de porc    Pas de viande    Végétarien

Allergie alimentaire ou autre préciser :

.....  
.....



## RECOMMANDATIONS DES PARENTS

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

## ASSURANCE :

Compagnie : ..... N° contrat : .....

Assurance RC : .....

**Désormais, un formulaire d'autorisation parentale de droit à l'image pour un enfant mineur est à compléter séparément.**

Il est téléchargeable sur le site de la ville :

<https://www.istres.fr/infosejours>



**Un formulaire de consentement parental à la réalisation par un professionnel de santé d'un autotest antigénique de dépistage à la Covid-19 est à compléter séparément.**

Il est téléchargeable sur le site de la ville :

<https://www.istres.fr/infosejours>