



# Fiche de renseignements médicaux

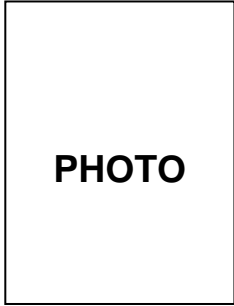
Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : M – F

Taille : ..... Poids : .....

Date de naissance : ... / ... / .....



**A nous retourner dès votre inscription**  
 Vacances Pour Tous – Séjours Linguistiques  
 21 rue Saint Fargeau – CS 720021 – 75089 PARIS CEDEX 20  
 Ou par mail à : [sejours-linguistiques@laligue.org](mailto:sejours-linguistiques@laligue.org)

N° de réservation : ..... Séjour : .....

Référence du séjour : ..... Ville de départ : .....

Du : ..... au : ..... (comme indiqué sur la confirmation de réservation en haut à gauche)

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE**

*Certains séjours nécessitent un certificat médical, merci de vous référer à la fiche descriptive du séjour*

Je, soussigné, .....  
 certifie avoir examiné ce jour le/la jeune : .....  
 et l'avoir reconnu(e) apte à pratiquer les activités physiques  
 et sportives prévues dans le cadre du séjour en centre  
 de vacances désigné ci-dessus.

Date : ..... Signature : .....

Cachet du médecin

**Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale dont dépend le responsable de l'enfant :**  
 .....  
 N° d'assuré social : .....  
 N° d'allocataire CAF/MSA(1) : .....

**Le responsable de l'enfant bénéficie-t-il d'une mutuelle ou d'une assurance ?**  
 Oui  Non si oui, adresse : .....  
 N° adhérent ou de police : .....  
 Couverture Maladie Universelle (CMU) :  Oui  Non Si oui, joindre obligatoirement une photocopie de l'attestation à jour ainsi qu'une photocopie de l'attestation de la carte vitale.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

*Si vous le jugez utile, joignez à ce dossier une photocopie du carnet de santé de votre enfant.*

**Maladies déjà contractées :**

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Dernières interventions chirurgicales subies (avec date) :**  
 .....

**A-t-il des problèmes :**  
 d'asthme ?  Oui  Non  
 de scoliose ?  Oui  Non  
 d'incontinence ?  Oui  Non  
 d'allergie ?  Oui  Non  
 Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : .....

**Existe-t-il des contre-indications pour des activités ?**  
 Oui  Non Si oui, précisez : .....

**Votre enfant fume-t-il ?**  Oui  Non  
**Votre enfant est-elle réglée ?**  Oui  Non  
**Votre enfant porte-t-il des lunettes ?**  Oui  Non  
 Si oui, précisez à quels moments il peut s'en passer ou s'il doit les porter en permanence : .....  
 Donnez la référence des verres :  
 Œil droit : .....  
 Œil gauche : .....

**Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tetracoq					
BCG					

**Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?**  
 Oui  Non  
 Si oui, précisez lequel : .....

**Votre enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ?**  Oui  Non  
 Si oui, joindre une copie de l'ordonnance et les médicaments correspondants, avec leur notice et dans leur emballage d'origine