



Fiche de renseignements médicaux

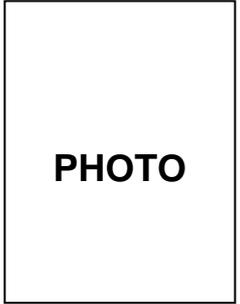
Nom :

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

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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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