



**Le participant :**

Nom de l'enfant

Prénom

**Vaccinations :**

Les Vaccins suivants ont-ils été faits et sont-ils à jour?

Diphtérie  oui  non

poliomyélite  oui  non

Tétracoq  oui  non

tétanos  oui  non

DT polio  oui  non

Pentacoq  oui  non

Hépatite B  oui  non

R.O.R.  oui  non

coqueluche  oui  non

BCG  oui  non

autres vaccin

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**Attention :** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**Vaccinations :**

l'enfant suit-il un traitement médical  oui  non

Si oui lequel

doit-il garder des médicaments en permanence sur lui  oui  non

**Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant).**

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

As-t-il déjà eu les maladies suivantes?

Rubéole  oui  non

Oreillons  oui  non

Varicelle  oui  non

Scarlatine  oui  non

Angine  oui  non

Rhumatismes articulaires aigus  oui  non

Coqueluche maladie  oui  non

asthme  oui  non

Otite  oui  non

Rougeole  oui  non

**Allergies :**

A t-il des allergies ?

Asthme  oui  non

médicamenteuses  oui  non

alimentaires  oui  non

autres  oui  non

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

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

**Difficultés de santé :**

Indiquer ici les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre:

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

**Recommandations des parents :**

D'ordre médical (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc...):

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

D'ordre général :

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

Je soussigné(e) , ....., responsable légal de l'enfant .....  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance des conditions particulières de vente de Evasion'Go et de les accepter. J'autorise le directeur du séjour à prendre le cas échéant toutes les mesures nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales). Je m'engage, de plus, à rembourser la totalité des sommes avancées.

Fait à ..... Le .....

Signature des parents ou tuteurs: