

A remplir à l'écran avant d'imprimer



PHOTO

## FICHE MÉDICALE – 2018

(Toutes les informations contenues dans cette fiche sont confidentielles).

**Merci de remplir ce document PDF À L'ECRAN UNIQUEMENT en FRANÇAIS ou en ANGLAIS**

Nom

  

Prénom

  

### HISTORIQUE SANTÉ :

- Maladies, handicaps ou interventions chirurgicales :

- Allergies: Merci de détailler les allergies le plus précisément possible (allergies alimentaires voir plus bas)

- Problèmes psychiques et sociaux :

- Traitement en cours et à suivre pendant le séjour : **ATTENTION** : en cas de traitement à prendre durant le séjour veuillez nous transmettre une ordonnance médicale d'un médecin.

- Port de lunettes/lentilles :  Oui  Non - Appareil dentaire :  Oui  Non

**NOURRITURE** *Allergies alimentaires, régime alimentaire particulier (religieux, intolérance...)* :  
**PRIÈRE DE NOUS TRANSMETTRE LE PLUS D'INFORMATION POSSIBLE** tolérance, quantité, produits crus ou cuits...

**Merci de joindre un certificat médical pour tout protocole alimentaire.**

**Végétarien** :  Oui  Non si oui, pouvez-vous préciser s'il/elle mange des oeufs, des produits de la mer, du poisson et des produits laitiers.

### POUR VOTRE INFORMATION :

- Problèmes pendant le séjour : Si votre enfant rencontre un problème durant son séjour il est très important que vous nous contactiez immédiatement afin de pouvoir régler ce problème au plus vite.

- Tabac, alcool et drogues : **Strictement interdit par la loi française avant 18 ans !** Si nous trouvons votre enfant en consommer, nous nous réservons le droit de le renvoyer chez vous à vos frais et sous votre responsabilité. *Si votre enfant fume et que vous êtes au courant, merci de bien vouloir nous en informer.*

- Médicaments :

**FIL NE PEUT ADMINISTRER À VOTRE ENFANT DES MÉDICAMENTS QU'AVEC UNE PRESCRIPTION MÉDICALE. MERCI DE NOUS FOURNIR UNE ORDONNANCE DATANT DE MOINS DE 3 MOIS POUR TOUT MÉDICAMENT QUE VOTRE ENFANT AURA SUR LUI. En cas de prise de médicament nécessaire, FIL vous appellera en premier lieu puis contactera le service des urgences médicales.**

A remplir à l'écran avant d'imprimer



## AUTORISATIONS & DÉCLARATIONS :

**1. Sports :** J'autorise mon enfant à pratiquer les activités sportives incluses au programme:  **Oui**  **Non**  
Si vous avez choisi l'option plongée sous-marine, nous vous demanderons un certificat médical de non contre indication à la pratique de l'activité.

Sports dont la pratique n'est pas autorisée, prière de noter toute contre indication médicale :

**Merci de remplir le formulaire « Attestation de natation » dans le dossier d'inscription.**

### **2. Déclaration vaccinations valides :**

Selon la loi française, un mineur accueilli en collectivité doit être à jour de sa vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos et la Polio. **Vérifiez bien que votre enfant soit à jour dans ses vaccins**, veuillez *nous fournir une copie de son certificat de vaccinations*.

Je, soussigné(e), responsable légal du participant mentionnée ci-dessus, déclare qu'il/elle est à jour avec toutes ses vaccinations obligatoires :  **Oui**  **Non**

Diphtérie  Tetanos  Polio

### **3. Autorisation de voyager :**

Je, soussigné(e), responsable légal du participant mentionnée ci-dessus, donne permission à son enfant de voyager en France, aux dates des séjours inscrits, accompagné par FIL - Français Immersion Loisirs lors de chaque déplacement.  **Oui**  **Non**

### **4. Autorisation de soins médicaux :**

Par la présente, je donne l'autorisation à FIL - Français Immersion Loisirs de faire apporter des soins médicaux urgents à ma fille/mon fils.  **Oui**  **Non**

Compagnie d'assurance

Numéro d'assuré

**5. Contact en cas d'urgence :** nom, relation avec l'enfant, adresse, numéro de téléphone, email

**JE DÉCLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS NOTÉS SUR CETTE FICHE ET JE DONNE LES AUTORISATIONS MENTIONNÉES CI-DESSUS à l'association FIL - Français Immersion Loisirs :**

**Nom du responsable :**

**Date :**

**Signature :**