



## **FICHE SANITAIRE**

### **STAGE DES 24&25/08/16 AU PARC D'OLHAIN**

Cette fiche sanitaire nous est nécessaire pour le suivi de votre enfant en séjour sportif, en effet, elle nous permet de prendre les mesures nécessaires en cas d'accident, maladie ou pour éviter toute allergie par exemple. Nous vous remercions également de votre aide au covoiturage. Anthony DANGRE, Directeur, 0624490356

### **MERCI DE REMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT**

#### **Conditions d'accès au séjour sportif**

Présentation du séjour :

<http://www.jcsainghin.com/stage-doxygenation-benjaminsminimescadets-au-parc-dolhain-24250816/>

- L'enfant doit être né en 2006 et avant.
  - Les documents ci-dessous complétés et signés à transmettre au Directeur du séjour, Anthony DANGRE.
  - Participation de 50 € pour l'ensemble du stage, moyennant un acompte de 25 € à régler à l'inscription, le solde au plus tard, avant le 01/07/16, accompagné de la présente fiche et des documents à fournir.
- Règlements par chèques à l'ordre du JCS, en espèces ou chèques-vacances.

#### **Documents à fournir à l'inscription ou au plus tard, avant 01/07/16**

- La fiche d'information sur l'enfant dûment complétée et signée
- La fiche sanitaire sur la santé de l'enfant dûment complétée et signée
- L'autorisation parentale dûment complétée et signée
- La photocopie du carnet de vaccination pour chaque enfant, le DT Polio (seul vaccin obligatoire à ce jour) ou un certificat médical attestant des vaccinations à jour de l'enfant ou de contre-indication à la vaccination.
- Le protocole d'accueil individualisé (PAI) pour les enfants allergiques

# L'ENFANT

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Sexe :** Fille  Garçon

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

**Lieu de naissance :** .....

**Adresse :**

**Code postal :**

**Ville :**

**Téléphone :**

**Mobile :**

**Email :**

**Club :**

**N°licence :**

**Grade :**

**NUMERO DE TELEPHONE OU VOUS JOINDRE EN CAS D'URGENCE :**

## RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLES LEGAUX				
	NOM	PRENOM	TELEPHONE	
M.			FIXE	
			TRAVAIL	
			PORTABLE	
MME			FIXE	
			TRAVAIL	
			PORTABLE	
AUTRE(S) PERSONNE(S) POUVANT ETRE AVERTIE(S) EN CAS D'URGENCE				

# LA SANTE DE L'ENFANT

VOTRE MEDECIN TRAITANT :

NOM : .....

Téléphone : ..... - ..... - ..... - ..... - ..... Ville : .....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : ..... - ..... - ..... - ..... - ..... - .....

*(Fournir une copie de l'attestation de sécurité sociale et carte mutuelle)*

REGIME DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE oui  / non

NOM DE LA MUTUELLE OU DE L'ORGANISME ASSUREUR :

.....

N° CONTRAT : .....

INFORMATIONS SANTE :

- L'enfant a-t-il des difficultés de santé : oui  / non  (Si oui, précisez)

.....

- L'enfant doit-il suivre un régime particulier selon son obéissance (porc...) :  
oui  / non  (Si oui, précisez)

.....

- L'enfant suit-il un traitement médical : oui  / non  (Si oui, nous fournir le médicament dans son emballage d'origine avec notice et nom de l'enfant indiqué dessus et l'ordonnance)

.....

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

- L'enfant est-il à jour du vaccin DT Polio ? oui  / non

***Une copie du carnet de vaccination devra être fournie***

- L'enfant a-t-il des allergies connues à ce jour :

Asthme oui  non

Alimentaires oui  non

Médicamenteuses oui  non

Autres : .....

Si oui Précisez : .....

***Un PAI devra être fourni pour les conduites à tenir***

*Le projet d'accueil individualisé (PAI) est un document qui organise la vie quotidienne de l'enfant ou de l'adolescent en établissement. Il précise ses besoins thérapeutiques (traitement, régime alimentaire...) pour permettre d'assurer sa sécurité et compenser les inconvénients liés à son état de santé.*

*Le PAI est un document écrit qui permet de préciser les adaptations à apporter à la vie de l'enfant ou de l'adolescent en collectivité (crèche, école, collège, lycée, centre de loisirs).*

*Il peut concerner le temps scolaire mais aussi périscolaire, et se nomme ainsi parfois PAIP (projet d'accueil individualisé périscolaire).*

*Le PAI concerne les enfants et adolescents atteints de troubles de la santé tels que :*

- *pathologie chronique (asthme, par exemple),*
- *allergies,*
- *intolérance alimentaire.*

*Le PAI est élaboré à la demande de la famille, ou avec son accord et sa participation, par le chef d'établissement à partir des besoins thérapeutiques de l'enfant ou l'adolescent.*

*Ces éléments sont précisés dans l'ordonnance signée du médecin qui suit l'enfant ou l'adolescent dans le cadre de sa pathologie.*

Le PAI doit notamment contenir des informations sur :

- les régimes alimentaires à appliquer,
- les aménagements d'horaires,
- les dispenses de certaines activités incompatibles avec la santé de l'enfant ou de l'adolescent,
- les activités de substitution proposées." (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F21392>)

## AUTORISATION PARENTALE

*Je soussigné(e), ....., responsable légal(e) de l'enfant : ....., autorise sa participation à toutes les activités proposées dans le cadre du séjour sportif et autorise les responsables à prendre les mesures d'urgences qui s'imposent en cas d'accident, ainsi que les déplacements dans les véhicules des responsables et des parents acceptant de covoiturer à l'aller et au retour \*.*

Fait à

le

Signature :

*\* Nous avons besoin d'aide pour le covoiturage, merci d'avance :*

- Aller, 24/08/16 : départ du parking du club à Sainghin en Mélançois 12h30
  - covoiturage oui  / non
  - Nombre de places dans votre véhicule :
  - Noms des stagiaires concernés, s'ils sont déjà connus :
  
- Retour, 25/08/16 : départ du Parc d'Olhain (Adresse GPS : Rue de Rebreuve 62620 Maisnil les Ruitz ) à partir de 17h00
  - covoiturage oui  / non
  - estimation heure d'arrivée :
  - Nombre de places dans votre véhicule :
  - Noms des stagiaires concernés, s'ils sont déjà connus :