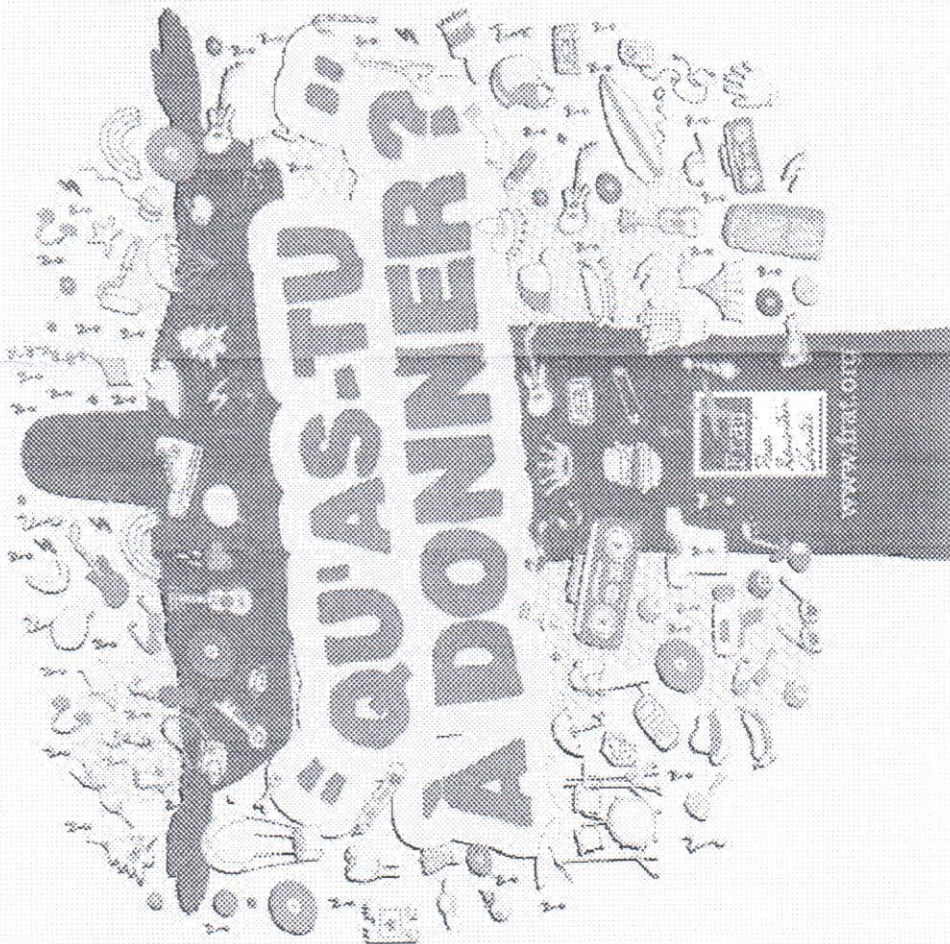


FRAT JAMBVILLE DU 40 AU 13 JUIN 2011

PÈLERINAGE DES JEUNES CHRÉTIENS D'ILLE DE FRANCE DE 13-18 ANS



Autorisation parentale

Je, soussigné(e) **M. HAYA SEGEVA** (père / mère)
du (de la) jeune : **Celine Haya sauvage**
Date de naissance du jeune : **20/03/97**
Demeurant : **37 rue des Herbelles Montesson 78360**

Autorise mon fils / ma fille à participer au pèlerinage du **Frat de Jambville** qui a lieu du **Vendredi 10 juin au soir au Lundi 13 juin 2011**.

En cas de maladie ou d'accident, j'autorise son responsable de groupe :

Du diocèse de :

À prendre le cas échéant toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Cette personne pourra également sortir du service des urgences mon fils / ma fille si le médecin des urgences juge que son état lui permet de retrouver son groupe.

N° de téléphone sur lequel je suis joignable pendant le Frat : **06 70 311 55**

N° de Sécurité sociale (joindre la photocopie de l'attestation de la carte vitale) : **16403 99 134 467 81**

N° de la Mutuelle (joindre la photocopie) :

Remarques (allergies, traitements etc....) : **Aucune**

Fait à : **Montesson**

Le : **06/04/11**

Signature du / des parents :

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON****1 - ENFANT**NOM : HAYA SAUVAGEPRÉNOM : CELINEDATE DE NAISSANCE : 20/03/97GARÇON ☐FILLE ☒**DATES ET LIEU DU SÉJOUR :**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	☒	☐	<u>Avril 2001</u>	Hépatite B	
Tétanos	☒	☐	<u>Avril 2001</u>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<u>2001</u>
Poliomyélite	☒	☐	<u>Avril 2001</u>	Coqueluche	<u>2001</u>
Ou DT polio	☐	☒		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	☐	☒			
BCG	☐	☒			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☒

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☒	OUI ☒ NON ☐	OUI ☒ NON ☐	OUI ☐ NON ☒	OUI ☐ NON ☒
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☒	OUI ☒ NON ☐	OUI ☐ NON ☒	OUI ☐ NON ☒	

ALLERGIES : ASTHMEoui ☐ non ☒

MÉDICAMENTEUSES

oui ☐ non ☒

ALIMENTAIRES

oui ☐ non ☒AUTRES : Pollen ;

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

Cause : pollen ; conduite à tenir : gouttes pour les yeux et aerosols.