

CLASSE DE NEIGE 2020

Adresse du lieu de séjour :
Centre THALES
Le Hameau des Champs
Les Carroz
73270 ARECHES
Tel : 04 79 10 39 60
Fax : 04 79 31 82 18

N° de chambre

13 rue de Brienne
10700 Arcis-sur-Aube

Téléphone
03 25 37 85 52
Fax
03 25 37 00 12

INFORMATIONS



SANTÉ

Nom :
Prénom :sqdx
Date de naissance :
Poids :
Taille :

Classe :

Adresse des parents :

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

Tel :
Portable :

Attention :

Apportez la plus grande attention pour remplir ce document.

Il en ira de la **SANTÉ DE VOTRE ENFANT** (des **renseignements faux ou incomplets pourront nous compliquer la tâche s'il tombe malade.**)

Ces données nous permettent de gagner du temps et de fournir au médecin sur place le maximum d'informations afin que, le cas échéant, la prise en charge de votre enfant se fasse dans les meilleures conditions possibles.

Si un traitement est en cours (médicaments, strapping ou bandage, inhalateur pour asthme, ...) s'assurer que votre enfant l'aura pour toute la durée du séjour (quantité suffisante pour 5 jours). Joindre l'ordonnance.

I. ANTECEDENTS SANITAIRES

Maladies que l'enfant a eues (indiquer l'année)

Rougeole :

Coqueluche :

Oreillons :

Rubéole :

Varicelle :

Asthme :

Scarlatine :

Autres maladies, ou interventions chirurgicales qu'ils vous semblent utiles de signaler (indiquer lesquelles et l'année) :

.....
.....



Allergies diverses (à signaler avec précision) :

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

Accidents (indiquer lesquels et l'année) :

Fracture :

Luxation :

Entorse :

A signaler dans l'intérêt de l'enfant, ceci ne constituant pas une cause de refus de la demande de séjour en classe de neige :

- Incontinence d'urine : oui non
- Somnambulisme : oui non

Dates de vaccinations (à remplir par la famille) :

Indiquer les dates des derniers rappels uniquement :

B.C.G.....

Diphtérie (1).....

Tétanos(1).....

Poliomyélite (2).....

Typhoïde (T.A.B.) (facultative)

.....

Coqueluche (facultative)

.....

ROR

Informations complémentaires

Si vous jugez important d'autres renseignements concernant la santé de votre enfant, nous vous invitons à les préciser ci-dessous ou de prendre contact directement avec les responsables du séjour avant le départ : (exemples : angoisse des transports, vertige, claustrophobie, régime alimentaire particulier, migraines, état suicidaire...).

(1) Pour être valable, une vaccination D + T ou D + T. TAB doit comporter 3 injections à 15 jours d'intervalle, le rappel étant fait un an après.

(2) Les intervalles recommandés sont d'un mois pour les trois premiers vaccins, d'un an pour le premier rappel et de 5 ans pour les suivants jusqu'à l'âge de 20 ans.

Je soussigné, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements consignés ci-dessus.

A, le

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

II. RENSEIGNEMENTS DIVERS

(à faire remplir par le Médecin traitant)

CLASSE DE NEIGE – ARECHES BEAUFORT

Activité physique pratiquée : SKI ALPIN

Je soussigné, docteur en Médecine

NOM :

Adresse :
.....

après avoir examiné ce jour l'enfant

NOM :

Prénom :

- Dans un souci d'efficacité et de confort pour l'enfant, vous est-il possible d'indiquer les médicaments susceptibles d'être donnés par les responsables du séjour afin de soulager des maux mineurs (hématome, maux de tête, de ventre, de gorge).
Il va sans dire que la prise du médicament ne se fera qu'après conseil auprès du Centre 15 local (un « fond » de médicaments étant prévu pour le séjour en cas d'isolement dû à la météo, ou d'incapacité à faire venir un médecin, pour les cas bénins).

Cocher les traitements pouvant être administrés sans contre-indication:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Doliprane 500 | <input type="checkbox"/> Vogalène Lyoc | <input type="checkbox"/> Strepsils |
| <input type="checkbox"/> Spasfon Lyoc | <input type="checkbox"/> Ventoline | <input type="checkbox"/> Arnican crème |
| <input type="checkbox"/> Smecta | <input type="checkbox"/> Hélicidine sirop | <input type="checkbox"/> Arnican doses 9 ch |
| <input type="checkbox"/> Ultra levure | <input type="checkbox"/> Hextril | <input type="checkbox"/> Nifluril en pommade |

Si cette liste vous semble incomplète, ajouter la prescription qui vous semble utile ou nécessaire :

-
-
-

Fait à _____, le _____

Le Médecin,
(signature et cachet)