



Fiche sanitaire de liaison

Ecole de Prière de Tours 2025



Le jeune :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Classe : Etablissement :

Selon l'article r. 227-7 du CASF, « l'admission d'un mineur en accueil collectif de mineur (ACM) est subordonnée à la production d'un document attestant qu'il a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations. » A ce titre merci de **joindre une copie du carnet de vaccination de votre enfant** lors de son inscription (Vous pouvez le faire dans l'onglet dédié à cet effet).

Nous aurons besoin de ce carnet ainsi que le carnet de santé de votre enfant pendant le séjour.

Renseignements médicaux concernant votre enfant :

Votre enfant suit-il un traitement médical* ? OUI / NON

.....

.....

.....

.....

Votre enfant suit-il un PAI* ? OUI / NON

.....

.....

.....

.....

*Si vous avez répondu à l'une des deux questions ci-dessus merci d'indiquer quel traitement suit-il (médicament, posologie, fréquence de prise). **Pour le camp merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments dans leur boîte d'emballage d'origine marquée au nom de votre enfant.**

Votre enfant a-t-il :

Asthme : OUI / NON

Allergies alimentaires : OUI / NON

Allergies médicamenteuses : OUI / NON

Autres :

Précisez la cause de/des allergie(s) et la conduite à tenir (si automédication merci de la signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

.....

.....

Recommandation des parents : votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ETC... merci de préciser s'il est autonome, ou s'il a besoin d'être accompagné.

.....

.....

.....

.....

.....

.

Afin d'accompagner votre enfant le mieux possible, indiquez toute information qui pourrait vous paraître nécessaire pour mener notre mission de la meilleure des manières (traumatisme, phobie, harcèlement, agressivité...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Responsable de l'enfant

Nom Prénom

Agit en qualité de PARENT / TUTEUR

Adresse :

Tel fixe :

Tel portable :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour « Ecole de prière de Tours » à faire pratiquer par un spécialiste de la santé toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Je soussigné(e) Mme/Mr, parent(s)/responsable(s) légal(aux) deautorise(nt)/n'autorise(nt) pas* l'utilisation à titre gratuit des images/photos ou vidéos réalisées lors de l'Ecole de Prière des Jeunes se tenant du 12 au 18 Juillet 2025 en vue de leur publication et diffusion sur les supports matériels ou immatériels des services diocésains ou paroissiaux du diocèse de Tours dans le but de partager et promouvoir l'Ecole de Prière des Jeunes du 37.

** rayer la mention inutile*

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR (en cas de séjour) A L'ATTENTION DES FAMILLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....