



**AVEA La Poste**  
 Centre Relation Clients  
 8 Rue Brillat Savarin  
 75013 Paris  
 01 45 65 02 02

# Fiche sanitaire 2023

REF. FAMILLE : .....

**FICHE À REMPLIR DIRECTEMENT À L'ÉCRAN OU DE MANIÈRE LISIBLE AU STYLO BILLE NOIR.  
 NOUS VOUS REMERCIONS DE CONSERVER UNE COPIE EN CAS DE BESOIN PAR NOS SERVICES.**

## 1 ENFANT

**NOM :** ..... Sexe : Masculin Féminin  
**Prénom :** ..... Poids : .....kg Groupe sanguin (si connu):  
**Né(e) le :** ..... (format date : JJ/MM/AAAA) Taille : .....m.....

## 2 INFORMATIONS MEDICALES ET COMPLEMENTAIRES

Votre enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?

NON OUI, lequel : .....

Si oui, merci de joindre l'ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE.**  
 Pour les enfants et adolescents atteints de troubles de la santé, comme une pathologie chronique (par exemple l'asthme), une allergie ou une maladie longue durée : **FOURNIR OBLIGATOIREMENT LE PAI (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ).**

### Informations alimentaires

Votre enfant fait-il une allergie alimentaire ? NON OUI, laquelle : .....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier (ex : sans porc, végétarien...) ?

NON OUI, lequel : .....

### Informations médicales

**Merci de cocher les cases correspondant à la situation de votre enfant :**

Diabète      Urticaire      Eczéma      Asthme :      Allergique      À l'effort

Allergie au Soleil      Précisions : .....

Allergie médicamenteuse, laquelle : .....

Problème(s) de santé particulier(s) (maladie(s), accident(s), crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation,...) :      Handicap, lequel : .....

.....  
 .....

### Autres

Cauchemar      Menstruation      Traitement hormonal      Votre enfant mouille son lit

**Votre enfant porte-t-il ?**

Lentilles      Lunettes      Prothèses auditives      Prothèses dentaires

Autre(s) : .....

**Autres recommandations des parents ?** (Ex : peur du noir, doudou, rituel d'endormissement, événements familiaux récents, décès d'un proche, suivi psychologique, traumatismes... Toute information nous permettant de préparer au mieux l'accueil de votre enfant.)

.....  
 .....



**AVEA La Poste**  
 Centre Relation Clients  
 8 Rue Brillat Savarin  
 75013 Paris  
 01 45 65 02 02

# Fiche sanitaire 2023

REF. FAMILLE : .....

**ENFANT**

NOM : .....

Prénom : .....

## 3 VACCINATIONS

(format date : JJ/MM/AAAA)

VACCINS OBLIGATOIRES (1) enfant né avant le 1er janvier 2018 (2) enfant né à partir du 1er janvier 2018	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) (1) (2)			
Coqueluche (2)			
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B (2)			
Hépatite B (2)			
Infections invasives à pneumocoque (2)			
Méningocoque de sérogroupe C (2)			
Rougeole, oreillons et rubéole (2)			

VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Vaccination antituberculeuse : B.C.G			
Autres, préciser :			
Autre 1 : .....			
Autre 2 : .....			
Autre 3 : .....			

**JOINDRE LA COPIE DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE  
 SI L'ENFANT N'A PAS FAIT LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE  
 IMPÉRATIVEMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION**

**Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher la case)**

- |            |           |          |                 |
|------------|-----------|----------|-----------------|
| Rubéole    | Varicelle | Angine   | Rhumatisme aigu |
| Coqueluche | Otite     | Rougeole | Oreillons       |



**AVEA La Poste**  
Centre Relation Clients  
8 Rue Brillat Savarin  
75013 Paris  
01 45 65 02 02

# Fiche sanitaire 2023

REF. FAMILLE : .....

ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

## 4 REPRESENTANT LEGAL

### PARENT 1

Père Mère Tuteur

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

Situation Familiale (Cocher la case)

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e) Concubinage Pacsé(e)

### PARENT 2

Père Mère Tuteur

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

Situation Familiale (Cocher la case)

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e) Concubinage Pacsé(e)

**IMPORTANT : Pensez aussi à mettre à jour vos coordonnées dans votre espace «Mon compte» du site [avea-vacances.fr](http://avea-vacances.fr) ou auprès de nos chargés de clientèle. Vous devez être joignable(s) pendant toute la durée du séjour de votre enfant. En cas d'absence imprévue, merci de renseigner la personne à prévenir en cas d'urgence :**

..... .....

## 5 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Numéro de sécurité sociale : .....

Nom de la mutuelle : .....

Numéro de Police de la mutuelle : .....

Adresse de la mutuelle : .....

NOM & Prénom du médecin traitant : .....

: .....

### AUTORISATION IMPERATIVE POUR TOUTE INSCRIPTION

Je soussigné, ..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements sur cette fiche.

J'autorise, en cas d'urgence, La Direction du Centre de Vacances, à faire soigner ou opérer mon enfant et les médecins à pratiquer toute intervention, geste thérapeutique nécessité par son état de santé et à récupérer mon enfant à l'issue des soins.

Date et signature :  
(format date : JJ/MM/AAAA)

Fiche Sanitaire valable du 15/12/2022 au 15/01/2024. Durant cette période, en cas de changement, une fiche mise à jour doit nous être transmise obligatoirement.