

REF. FAMILLE : .....

www.avea-vacances.fr

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.

**ENFANT**

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

**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 ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.**

**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	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
ou DT Polio <sup>(1)</sup>			
ou Tétracoq <sup>(2)</sup>			

VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Vaccination antituberculeuse : B.C.G			
Vaccinations contre rougeole, oreillons et rubéole : ROR			
Vaccinations contre infections invasives à pneumocoque			
Hépatite B			
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

(1) Diphtérie + Tétanos + Poliomyélite

(2) DT Polio + Coqueluche



**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 15/12/2021 au 15/01/2023. En cas de modification, AVEA La Poste vous invite à signaler ces informations dans les plus brefs délais afin que nos chargés de clientèle procèdent aux rectifications nécessaires.