



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

Fiche Sanitaire 2025

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 2025

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 2025

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 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 15/12/2024 au 15/01/2026.

Durant cette période, en cas de changement, une fiche mise à jour doit nous être transmise obligatoirement.