

Fiche sanitaire

2026

AVEA Séjours
Service Relations Familles
8 rue Brillat Savarin
75013 Paris
01 45 65 02 02
www.avea-vacances.fr



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

2 INFORMATIONS MÉDICALES ET COMPLÉMENTAIRES

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 MÉDICAMENT 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), Handicap, lequel :

crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) :

.....

.....

.....

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.)

.....

.....

.....

.....

.....

Fiche sanitaire

2026

AVEA Séjours
Service Relations Familles
8 rue Brillat Savarin
75013 Paris
01 45 65 02 02
www.avea-vacances.fr



REF. FAMILLE :

ENFANT

NOM :

Prénom :

3 VACCINATIONS

(format date : JJ/MM/AAAA)

VACCINS OBLIGATOIRES (1) enfant né avant le 1 ^{er} janvier 2018 (2) enfant né à partir du 1 ^{er} 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 SANTÉ
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

Fiche sanitaire

2026

AVEA Séjours
Service Relations Familles
8 rue Brillat Savarin
75013 Paris
01 45 65 02 02
www.avea-vacances.fr



REF. FAMILLE :

ENFANT

NOM :

Prénom :

4 REPRÉSENTANT LÉGAL

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 IMPÉRATIVE 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 15/12/2025 au 15/01/2027.

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