

# TROUSSEAU été



Nom : .....

Prénom : .....

Quantité conseillée	VETEMENTS	Quantité bagages (*)	ARRIVEE	DEPART
<b><u>Vêtements</u></b>				
7	Linge de corps			
2	Pyjamas ou chemise nuit			
7 paires	Chaussettes			
1 ou 2	Pull-over de laine ou polaire			
2	Survêtements			
2	Pantalons, robes, jupes, jeans			
2	Sweet-shirts			
7	Sous-pulls, T-shirts, polos			
<b><u>Chaussures</u></b>				
1 paire	Chaussures de sport			
1 paire	Chaussures de ville			
1 paire	Pantoufles			
<b><u>Toilette</u></b>				
2	Serviettes de toilette			
1	Serviettes de bain			
2	Gants de toilette			
1	Nécessaire de toilette			
<b><u>Divers</u></b>				
	Mouchoirs en papier			
1	Sac à linge			
1	Serviette de table			
1	Petit sac à dos (environ 20 l)			
1	Lampe de poche			
1	Crème solaire (écran total)			
1	Paire de lunettes de soleil (verres filtrants)			
<b><u>Pour les séjours avec piscine</u></b>				
1	Maillot de bain			
1	Serviette de bain			
1	Bonnet de bain (exigé en piscine)			
<b><u>Pour les séjours avec activité équestre</u></b>				
1 paire	Bottes de pluie ou d'équitation			

(\*) colonne à compléter

Les vêtements doivent être en nombre suffisant et marqués au nom et prénom de votre enfant. Evitez les vêtements neufs, délicats ou chers, les objets de valeur (bijoux, baladeur, téléphone portable, jeux électronique de poche ...) qui en cas de perte, ne sont pas pris en charge par notre assurance. Aucune indemnité ne sera versée. Pour les photos préférez les appareils à usage unique marqués au nom de l'enfant.

Ce trousseau est donné à titre indicatif. Il est à adapter suivant l'âge, le type de séjour et les demandes particulières des équipes pédagogiques.



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_
PRÉNOM : \_\_\_\_\_
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_
GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 4 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCC.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non 
Si oui, joindre une ordonnance 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 pris sans ordonnance

L'ENFANT A T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS, RUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

ALLERGIES : ASTHME, ALIMENTAIRES, MÉDICAMENTEUSES, AUTRES. oui  non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non 
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_
ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Le soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES