Camp astronomie d'été 2025

Fiche sanitaire de liaison - document confidentiel

Afin d'assurer la sécurité sanitaire de votre enfant, merci de remplir ce formulaire et de le renvoyer à :
Planète Sciences — Astronomie
10 rue du Marquis de Raies
91080 Évry-Courcouronnes
FRANCE
ou de l'apporter directement au début du camp astronomie d'été.
Attention, le document fait deux pages.
Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination.

Nom . . . . . **Prénom** . . . . . **Date de naissance** . . . . **Sexe / genre** . . . . . .

Vaccins obligatoires

Indiquez les dates des derniers rappels. Si pas de vaccination, joindre un certificat médical de contre-indication.

Diphtérie . . . . . **Tétanos** . . . . . **Poliomélyte** . . . . . .

Vaccins recommandés

Coqueluche . . . . . **Haemophilus** . . . . . **ROR** . . . . . **Hépatite B** . . . . . **Pneumocoque** . . . . . **BCG** . . . . . **Autres (préciser)** . . . . .

Information sur la / le jeune

Poids (kg) . . . . . **Taille (cm)** . . . . . .

La / le jeune suit un traitement pendant le séjour ☐
Si coché, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants, dans leur emballage marqué au nom et prénom du/de la jeune et avec la notice. ***Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.***

Allergies

Alimentaires . . . . . Oui ☐ Non ☐
Médicamenteuse . . . . . Oui ☐ Non ☐
Autres . . . . . Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Préciser

Indiquez tout autre problème de santé connu

Recommandations utiles (*ex : port de lunettes/lentilles, appareillage, handicap spécifique*)

Contacts en cas d'urgence

Indiquez : Nom, prénom, téléphone domicile, portable et professionnel

Responsable 1

Responsable 2

Médecin·e traitant·e (nom, prénom, tél.)

Je soussigné·e , responsable légal·e de la / du jeune, déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du camp astronomie d'été à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires selon l'état de santé de ce·tte mineur·e.

Date . . . . . **Signature** . . . . . .