

## INVENTAIRE POUR LE STAGE DU KER

L'inventaire est à titre INDICATIF. Penser à noter ce que vous ramenez, pour éviter tout vol ou toute perte.

### EN GENERAL :

- 1 sac de linge sale
- 1 blouson
- 4 tee-shirts
- 2 pulls
- 3 jeans
- 1 paire de chaussons
- 2 pyjamas
- 1 maillot de bain + 1 serviette de bain (si le temps le permet)
- 1 casquette
- Des sous-vêtements pour 6 jours
- 1 paire de chaussures de ville

### POUR LE BASKET :

- 1 paire de basket pour pratiquer
- 2 shorts de basket
- 6 tee-shirts propres de sport
- 1 sac de sport

### POUR LA TROUSSE DE TOILETTE :

- 1 serviette de toilette
- 1 brosse à dents
- 1 gant de toilette
- Du gel douche
- Des cotons tiges
- 1 paire de sandales pour la douche



BON

SEJOUR

AU KER

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

NUMERO DE TELEPHONE : .....

### LES URGENCES

**15 SAMU**

**17 POLICE**

**18 POMPIER**

**112 URGENCE EUROPE**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

### COORDONNEES DU PERE

NOM : ..... PRENOM : .....

TELEPHONE (DOMICILE ET/OU MOBILE : .....

### COORDONNEES DE LA MERE

NOM : ..... PRENOM : .....

TELEPHONE (DOMICILE ET/OU MOBILE : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

(entourez la mention)

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ?    OUI                    NON

(Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin avec les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine et au nom de l'enfant).

L'enfant a-t-il des allergies :

- Asthme	OUI	NON
- Alimentaires	OUI	NON
- Médicamenteuse	OUI	NON

(Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin avec les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine et au nom de l'enfant).

L'enfant porte-il :

- Lunettes	OUI	NON
------------	-----	-----

- Prothèses auditives	OUI	NON
- Prothèses dentaires	OUI	NON

<b>ETAT DES VACCINATIONS</b> (OU FOURNIR UNE PHOTOCOPIES DES VACCINS DANS LE CARNET DE SANTE)					
<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>DATES DES DERNIERS RAPPELS</b>	<b>VACCINS RECOMMANDES</b>	<b>DATES</b>
Diptérie				Hepatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliométrie ou DTPolio ou Tétracopq				Autres	
BCG					

<b>ETAT DES MALADIES INFANTILES</b>					
<b>MALADIE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>MALADIE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire aigü		
Angine					

<b>INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES</b>
Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé-énurésie maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,... (dates et précautions à prendre)
.....
.....
.....

<b>NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT</b>
Docteur :..... Téléphone :.....
Adresse :.....

<b>ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LEGAL</b>
Je, soussigné(e)..... responsable de l'enfant ..... déclare l'exactitude des renseignements ci-dessus. J'autorise par la présente le responsable légal du voyage, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.



Date :

Signature :