

# Fiche sanitaire

## 2025

**AVEA Séjours**  
Service Relations Familles  
8 rue Brillat Savarin  
75013 Paris  
01 45 65 02 02  
[www.avea-vacances.fr](http://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 :** ..... **Poids :** ..... kg      **Groupe sanguin (si connu) :**  
**Né(e) le :** ..... / ..... / ..... (format date : JJ/MM/AAAA)      **Taille :** ..... 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

## 2025

**AVEA Séjours**  
 Service Relations Familles  
 8 rue Brillat Savarin  
 75013 Paris  
 01 45 65 02 02  
[www.avea-vacances.fr](http://www.avea-vacances.fr)



REF. FAMILLE : .....

### ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

### 3 VACCINATIONS

( format date : JJ/MM/AAAA )

VACCINS OBLIGATOIRES (1) enfant né avant le 1 <sup>er</sup> janvier 2018 (2) enfant né à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2018	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) <sup>(1) (2)</sup>			
Coqueluche <sup>(2)</sup>			
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B <sup>(2)</sup>			
Hépatite B <sup>(2)</sup>			
Infections invasives à pneumocoque <sup>(2)</sup>			
Méningocoque de séro groupe C <sup>(2)</sup>			
Rougeole, oreillons et rubéole <sup>(2)</sup>			

VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Vaccination antituberculeuse : B.C.G			
<i>Autres, préciser :</i>			
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

## 2025

**AVEA Séjours**  
Service Relations Familles  
8 rue Brillat Savarin  
75013 Paris  
01 45 65 02 02  
[www.avea-vacances.fr](http://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](http://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 15/12/2024 au 15/01/2026.

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