

ATTENTION !

This document provides a translation to English (marked in blue) for the health card provided by french authorities and which you will need to complete and return with your application to « Zarmanazan » camp.

Do not fill in this document!

Please complete (in your preferred language) the official French document that we have provided.

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
MINISTRY OF YOUTH AND SPORTS

| | |
|---|--|
| FICHE SANITAIRE DE LIAISON HEALTH FORM | 1- ENFANT - CHILD NOM - SURNAME : PRÉNOM - FIRST NAME : DATE DE NAISSANCE - DATE OF BIRTH : GARÇON - BOY ◊ FILLE - GIRL ◊ |
|---|--|

DATE ET LIEU DU SÉJOUR – **DATE AND PLACE OF STAY:**

CETTE FICHE VOUS PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

THIS FORM ALLOWS YOU TO COLLECT INFORMATION WHICH WILL BE USEFUL DURING YOUR CHILD'S STAY; IT WILL SAVE YOU FROM HAVING TO PROVIDE US WITH THE CHILD'S HEALTH RECORD AND WILL BE RETURNED TO YOU AT THE END OF THE STAY.

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

VACCINATIONS (please refer to the child's health records or vaccination certificates)

| VACCINS OBLIGATOIRES MANDATORY VACCINATIONS | oui yes | non no | DATES DES DERNIERS RAPPELS DATES OF LAST BOOSTERS | VACCINS RECOMMANDÉS RECOMMENDED VACCINATIONS | DATES DATES |
|---|--------------------------|-------------------------|--|---|------------------------------|
| Diphthérie - Diphtheria | | | | Hépatite B - Hepatitis B | |
| Tétanos - Tetanus | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole MMR (measles, mumps, and rubella) | |
| Poliomyélite - Poliomyelitis | | | | Coqueluche - Pertussis | |
| Ou DT polio - Or DT polio | | | | Autres (préciser) Others (specify) | |
| Ou Tétracoq - Or Tétracoq (combined poliomyelitis, diphtheria, tetanus, and pertussis vaccine) | | | | | |
| BCG - BCG | | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

IF THE CHILD DOES NOT HAVE THE MANDATORY VACCINATIONS, PLEASE ATTACH A MEDICAL CERTIFICATE OF CONTRAINDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

ATTENTION: THE ANTI-TETANUS VACCINE HAS NO CONTRAINDICATION.

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
MEDICAL INFORMATION CONCERNING THE CHILD**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Is the child following a medical treatment during the stay ? yes no

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)

If the answer is yes, please attach a recent prescription and the corresponding medicines (medicine boxes in their original packaging with the package leaflet, marked with the name of the child)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

No medicine will be allowed to be taken without a prescription.

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

HAS THE CHILD HAD ANY OF THE FOLLOWING ILLNESSES ?

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| RUBÉOLE RUBELLA oui - yes ◊ non - no ◊ | VARICELLE CHICKEN POX oui - yes ◊ non - no ◊ | ANGINE ANGINA oui - yes ◊ non - no ◊ | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ RHEUMATIC FEVER oui - yes ◊ non - no ◊ | SCARLATIN SCARLET FEVER oui - yes ◊ non - no ◊ |
| COQUELUCHE PERTUSSIS oui - yes ◊ non - no ◊ | OTITE OTITIS (ear infection) oui - yes ◊ non - no ◊ | ROUGEOLE MEASLES oui - yes ◊ non - no ◊ | OREILLONS MUMPS oui - yes ◊ non - no ◊ | |

ALLERGIES - ALLERGIES:

ASTHME - **ASTHMA** oui **yes** non **no**

ALIMENTAIRES - **FOOD** oui **yes** non **no**

MÉDICAMENTEUSES - **MEDICATIONS**

oui **yes** non **no**

AUTRES - **OTHER**

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

PLEASE SPECIFY THE CAUSE OF THE ALLERGY AND ACTION TO BE TAKEN (if there is self-treatment, please indicate)

INDIQUEZ CI-APRÈS - **PLEASE INDICATE HERE :**

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

MEDICAL HISTORY (SICKNESS, ACCIDENT, SEIZURES, HOSPITALIZATION, SURGERY, REHABILITATION) SPECIFYING THEIR DATES AND PRECAUTIONS TO BE TAKEN.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

PLEASE PROVIDE ANY HEALTH RELATED RECOMMENDATIONS

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

PRÉCISEZ.

DOES YOUR CHILD WEAR CONTACT LENSES, GLASSES, HEARING DEVICES, DENTURES, ETC... PLEASE SPECIFY.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

THE CHILD'S LEGAL GUARDIAN

NOM – **SURNAME**

PRÉNOM – **FIRST NAME**

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) – **ADDRESS (DURING THE STAY)**

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE) - **LANDLINE AND CELL NUMBER**

DOMICILE - **HOME NUMBER** : BUREAU - **OFFICE NUMBER** :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT – **NAME AND PHONE NUMBER OF REFERRING PHYSICIAN (FACULTATIF - OPTIONAL)**

Je 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par
l'état de
l'enfant.

I,, legal guardian of the child, hereby declare all the information given on this card to be true, and authorize the director of the camp to take, when appropriate, all measures (medical treatment, hospitalization, surgery) necessary to ensure the health of my child.

Date - **Date** :

Signature - **Signature** :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
TO BE COMPLETED BY THE DIRECTOR, TO THE FAMILY'S ATTENTION

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
CONTACT DETAILS OF THE CAMP OR HOLIDAY CENTER ORGANIZER

OBSERVATIONS - **OBSERVATIONS**