

FICHE DE RENSEIGNEMENTS BAFA

STAGE

Session générale

Approfondissement

Dates : Lieu :

1- STAGIAIRE

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : HOMME FEMME ADHERENT FAMILLES RURALES : Oui Non

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE STAGE.

EN CE QUI CONCERNE LES INFORMATIONS CONCERNANT LA SANTE, ELLES SONT OBLIGATOIRES POUR LES MINEURS, CONSEILLÉES POUR LES AUTRES PESONNES EN CAS DE PROBLEME DE SANTE.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				<i>Autres (préciser)</i>	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI LE STAGIAIRE 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 LE STAGIAIRE

Le stagiaire suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom du stagiaire avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

LE STAGIAIRE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES

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

LE STAGIAIRE PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

5 – REGIMES ALIMENTAIRES SPECIAUX

PRECONISATIONS MEDICALES, PRATIQUES CULTURELLES, AUTRES...

.....

.....

6 – NOM PRENOM ET TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DE LA OU DES PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

.....

AUTORISATION PARENTALE POUR LES STAGIAIRES MINEURS

Je soussigné(e), responsable légal(e) du stagiaire,

Adresse : Tél :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Autorise mon enfant à participer à la session BAFA organisée
à..... du au
- Autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du stagiaire. Dans ce cas je m'engage à rembourser à Familles Rurales les frais engagés.

Date : Signature :

DECHARGE PHOTO POUR TOUS LES STAGIAIRES

Je soussigné(e), autorise Familles Rurales à reproduire librement et gratuitement des photographies de ma personne (ou de mon enfant mineur) dans ses différentes publications, y compris Internet, dans le cadre des activités et représentations de l'association.

[si vous ne souhaitez pas autoriser la reproduction de photos, rayez le paragraphe]

Date : Signature du stagiaire (ou des parents s'il est mineur) :