

FIGHE SANITARE

1 - ENFANT :

GARCON

FILLE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE (J/M/A):

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccinations de l'enfant, vous pouvez nous joindre une copie des feuilles de son carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	Si OUI, INDIQUEZ LES DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (à préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Si l'enfant 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 L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ⁽¹⁾ non



Joindre une ordonnance récente & les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

→ **AUCUN MÉDICAMENTS NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE**

➤ **L'enfant a-t-il déjà eu :**

MALADIES			ALLERGIES		
	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres : A préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez la cause de l'allergie & la conduite à tenir :➤ **Indiquez ci-après :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates & les précautions à prendre :

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t'il : des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... **Précisez :**

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :**NOM :****PRÉNOM :****Adresse (pdt le séjour) :**

Tel FIXE :	TEL PORTABLE :	TEL BUREAU :
04.74.	06.	0

Nom du Médecin Traitant :

Tel FIXE :	TEL PORTABLE :	Autre tel :
0	06.	0

Je soussigné(e), Mr , Mme ,
responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche &
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.

Date :**Signature :**