

Fiche sanitaire

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____
 GARÇON **FILLE**

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

I- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DE DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	Hépatite B	____ / ____ / ____
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	Rucéole-Oreillons-Rougeole	____ / ____ / ____
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	Coqueluche	____ / ____ / ____
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	Autres (préciser) : _____ _____	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____		
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____		

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? OUI NON

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**). **Aucun médicament ne pourra être pris et donné sans ordonnance.**

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

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES :

Asthme OUI NON

Alimentaire OUI NON Si oui précisez laquelle, voir nous donner le protocole : _____

Médicamenteuse OUI NON Si oui précisez laquelle : _____

AUTRES OUI NON Précisez : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : _____

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, rééducation...) en précisant les dates et les PRÉCAUTION À PRENDRE : _____

Fiche sanitaire (suite)

3- RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lunettes, des lentilles, des prothèses dentaires, des prothèses auditives... ? :

Précisez : _____

L'enfant mouille-t-il son lit ?

OUI

NON

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

OUI

NON

4- RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR

NOM : _____ Prénom : _____

Autorité parentale : Père Mère Tuteur Tutrice Autre : _____

Adresse (pendant le séjour) : _____

CP : _____ VILLE : _____

Tél. fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Tél. portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Tél. professionnel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Email : _____@_____

Numéro de sécurité social : ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse du médecin : _____

CP : _____ VILLE : _____

Tél. du médecin : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

L'enfant bénéficie-t-il : de la CMU

d'une prise en charge S.S à 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge S.S)

Je soussigné(e), _____ 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ____ / ____ / ____

Signature :

Lieu : _____