



FICHE SANITAIRE

1 - ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Fille : ☐ Garçon : ☐

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

Vaccins obligatoires	Oui	No n	Dates des Derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres(préciser)	
Ou Tétracoq					

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) ;

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

ALLERGIES :

ASTHME : OUI ☐ NON ☐

MEDICAMENTEUSES : OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRES : OUI ☐ NON ☐

AUTRES : OUI ☐ NON ☐

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé et les précautions à prendre :

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :PRENOM :

Adresse (pendant le séjour) :

Tél. fixe et portable domicile : Bureau :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné(e),, responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :