

Fiche sanitaire 2017

❖ **Enfant**

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Age :

Garçon Fille



Dates et lieu du séjour ou de l'accueil de loisirs :

Cette fiche 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.

❖ **Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole.Oreillon. Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (précisez)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

❖ **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, marqués au nom de l'enfant avec la notice*).

Attention : *Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Varicelle oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Angine oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Rhumatisme – Articulaire Aigüe oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Scarlatine oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
Coqueluche oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Otite oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Rougeole oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Oreillons oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

Allergies : Asthme oui non Médicamenteuse oui non
Alimentaire oui non Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler, sinon joindre une autorisation signée permettant aux animateurs d'administrer le médicament)

Indiquez ci-après :

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

❖ **Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

❖ **Responsable de l'enfant :**

Nom : Prénom :

Adresse (pendant le séjour).....

.....

Tél.fixe (et portable), domicile : Bureau :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif).....

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.

Date : Signature :

A remplir par le directeur à l'attention des familles

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances ou de l'accueil de loisirs



OBSERVATIONS