

LA FICHE SANITAIRE

DATE ET LIEU DU SÉJOUR :

1. L'ENFANT

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Sexe : Garçon Fille

2. VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	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	
DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<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

Si l'enfant suit un traitement médical durant la semaine, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant)

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

Rubéole

Angine

Rougeole

Otite

Scarlatine

Rhumatisme articulaire aigu

Oreillons

Varicelle

Coqueluche

Allergies : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

Préciser 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, hospitalisations, opérations, rééducations...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4. RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t'il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel :

Nom et Tel du médecin traitant :

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 (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à

Le

Signature :