

# Fiche sanitaire 2021



## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Garçon  Fille   
Age au début du séjour : ..... Taille : .....cm Poids : .....kg  
Nom et date du séjour : .....

## VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date des derniers rappels
Diphtérie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___	Hépatite B	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___	Rubéole - Oreillons - Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___
Poliomyélite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___	Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___
OU DT Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___	Autres (à préciser) : .....	.....
OU tétracoq	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___		
BCG	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___		

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication).*

Joindre une photo récente (moins de 2 ans)

## RENSEIGNEMENT MÉDICAUX SUR L'ENFANT

*Si l'enfant suit un traitement médical durant le séjour, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments d'origine au nom de l'enfant)*

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

Rubéole  Otite  Oreillons  Coqueluche  Angine  Scarlatine  Varicelle  
 Rhumatisme articulaire aigu  Rougeole

Allergies :  Asthme  Alimentaire  Médicamenteuses  Autres : .....

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

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération rééducation) et préciser les dates et précautions à prendre : .....

L'enfant porte-il des lunettes, prothèse auditives, dentaire... : .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Adresse postale : .....

Médecin Traitant (Nom/Téléphone/Adresse): .....

Je soussigné(e), ..... responsable légale 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 médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

**DATE ET SIGNATURE**