

Fiche sanitaire

L'ENFAN

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).

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

Joindre une photo récente (moins de 2 ans)