FICHE SANITAIRE

Séjour : ..... Dates : du ..... au .....

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... (jj/mm/aaaa) ☐ Garçon - ☐ Fille

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

L'ENFANT EST-IL A JOUR DE SA VACCINATION OBLIGATOIRE ? ☐ OUI - ☐ NON

Merci de nous transmettre **la copie du carnet de vaccination** de votre enfant laissant apparaître son nom et son prénom. Il est impératif de nous transmettre **toutes les pages concernées par des vaccinations obligatoires**. Vous pouvez également nous faire parvenir **un certificat médical de vaccination**.

Autre vaccin : ..... Date : .....

➔ 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.

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'ENFANT SUIVRA-T-IL UN **TRAITEMENT MÉDICAL** PENDANT LE SÉJOUR ? ☐ OUI - ☐ NON **Si oui**, joindre au départ du séjour une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants *(boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant, avec la notice)*. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
- L'ENFANT A-T-IL UN P.A.I. ? ☐ OUI - ☐ NON
- L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? Veuillez cocher les cases correspondantes :

☐ - RUBÉOLE ☐ - VARICELLE ☐ - ANGINE ☐ - RHUMATISMES ☐ - OREILLONS
☐ - SCARLATINE ☐ - COQUELUCHE ☐ - OTITE ☐ - ROUGEOLE

ALLERGIES : ☐ - ASTHME ☐ - MÉDICAMENTEUSES ☐ - ALIMENTAIRES

- Précisez les allergies et régimes alimentaires : .....

.....

- Médecin traitant : ..... Tél : .....

3- RECOMMANDATIONS DES PARENTS

- S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? ☐ OUI - ☐ NON Incontinence : ☐ OUI - ☐ NON - ☐ OCCASIONNELLE
- Indiquez les difficultés de santé *(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, autre trouble du comportement)* en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

- Recommandations utiles concernant votre enfant *(lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires etc.)*, précisez :

.....

.....

4- RESPONSABLE LÉGAL(E) DE L'ENFANT

NOM ET PRÉNOM : .....

Adresse (pendant le séjour) : .....

Portable 1 |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__| Portable 2 |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__|

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 mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. De plus j'atteste n'avoir omis aucune information médicale essentielle pour le bon déroulement du séjour de l'enfant.

Date	**Signature**