



DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

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 rendu à la fin du séjour.

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

FILLE GARÇON

VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DISPHTÉRIE				HÉPATHITE B	
TÉTANOS				RUBÉOLE - OREILLONS - ROUGEILE	
POLIOMYÉLITE				COQUELUCHE	
OU DT POLIO				AUTRES (PRÉCISER)	
OU TÉRACOQ					
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 ?

Si oui joindre une ordonnance récente et les **médicaments** correspondants (boîtes 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 déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE	COQUELUCHE
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

ALLERGIES :

ASTHME oui non AUTRES : oui non

ALIMENTAIRES oui non Précisez la cause de l'allergie et la conduite

MÉDICAMENTEUSE oui non à tenir (si automédication, le signaler)



INDIQUEZ CL-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-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... Précisez.

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

.....

TÉL. DOMICILE : TÉL. PORTABLE : TÉL. BUREAU:

EMAIL :

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, interventio, chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature(s) :

OBSERVATIONS :