

1. ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

Lieu et dates du 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 RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2. 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
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	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

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

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

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 : Oui Non

Varicelle : Oui Non

Angine : Oui Non

Scarlatine : Oui Non

Coqueluche : Oui Non

Otite : Oui Non

Rougeole : Oui Non

Oreillons : Oui Non

Rhumatisme articulaire aigu : Oui Non

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme : Oui Non

Alimentaires : Oui Non

Médicamenteuses : Oui Non

Autres (préciser la cause et la conduite à tenir) :

Autres difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, opération, ...) en précisant les précautions à prendre :

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (traitements médicaux)

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ...

Traitement médical en cours (fournir la photocopie de l'ordonnance) :

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse :

Numéros de téléphone :

Mère : Domicile : Portable : Travail :

Père : Domicile : Portable : Travail :

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

N° de Sécurité Sociale :

Nom Mutuelle :

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, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable du stage à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature :