

FICHE SANITAIRE 2022/2023

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant dont la PHOTOCOPIE est à fournir).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		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.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
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"/>	

Allergies:

ASTHME oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MÉDICAMENTEUSES** oui non

AUTRES _____

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

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE SANS PORC

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents:

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

BAGNADE (pass nautique à fournir obligatoirement) :

SAIT NAGER SE DEBROUILLE NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

3 - RESPONSABLE.S DE L'ENFANT

Responsable légal 1

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone : domicile _____ portable : _____

travail _____

Responsable légal 2

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone : domicile _____ portable : _____

travail _____

Je soussigné(e), _____ 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 directeur de l'hôpital à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

Date :

Signature: