



FICHE SANITAIRE

Nom : Prénom.....
 Date de naissance.....

Vaccinations

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
DT Polio				Autres (à préciser)	
Tétracoq					
B.C.G					

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.

Joindre une photocopie du carnet de vaccination.

Maladie

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	Coqueluche	Oui	Non
Varicelle	Oui	Non	Angine	Oui	Non
Rougeole	Oui	Non	Scarlatine	Oui	Non
Rhumatisme articulaire aigu		Oui Non	Oreillons	Oui	Non

Allergie

Asthme	Oui	Non	Médicamenteuse	Oui	Non
Alimentaire	Oui	Non	Autres	Oui	Non

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

.....

Les recommandations utiles des parents

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....

Précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :

.....
.....

Le médecin traitant

Nom.....

Ville : Numéro de téléphone :

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.

Date : Signature :