

## Participant.e

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON

FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant; elle évite de vous munir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2026. Merci de nous indiquer tout changement avant le séjour.

## Vaccinations

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

| Vaccins Obligatoires | Dates derniers Rappels |
|----------------------|------------------------|
| Diphtérie            |                        |
| Tétanos              |                        |
| Poliomyélite         |                        |
| ou DT polio          |                        |
| ou Tétracoq          |                        |

| Vaccins Recommandés        | Dates |
|----------------------------|-------|
| Hépatite B                 |       |
| Rubéole Oreillons Rougeole |       |
| Coqueluche                 |       |
| BCG                        |       |
| 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.

## Renseignements médicaux de 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   | Varicelle   | Angine  | Oreillons   | Scarlatine  |
|---|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| Coqueluche  | Otite   | Rougeole  | Rhumatisme articulaire-musculaire                   |   |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |   |

### Allergies à signaler :

ASTHME:  Oui  Non

ALIMENTS:  Oui  Non

MÉDICAMENT:  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-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...  
Précisez :

.....  
.....

## Observations diverses :

.....  
.....

## Médecin Traitant :

Nom : ..... Tel : .....

N° sécurité sociale de l'enfant : .....

## Responsable légal.e

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Tel. Mère : ..... Tel. travail : .....

Tel. Père : ..... Tel. travail : .....

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 l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

A:

Signature :

