



FICHE SANITAIRE DESTI' FOOT

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 démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2023. Merci de nous indiquer tout changement en cours de 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 :

ASTHMES: Oui Non

ALIMENTS: Oui Non

MEDICAMENT: 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-près :

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

.....

.....

.....

Recommandtions utiles des parents

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

Précisez :

.....

.....

Observations diverses :

.....

.....

Médecin Traitant :

Nom : Tél :

N° sécurité social de l'enfant :

Responsable légale

* Bulletin à compléter en écriture

MAJUSCULE

Nom : Prénom :

Adresse :

Ville : Code postal :

Tel.Mère : Tel.travail :

Tel.Père : Tel.travail :

Je soussigné.e,

responsable légale de l'enfant jeune :

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: