

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 2025. 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 :

