



## Fiche Sanitaire

I. **ENFANT :** NOM : ..... PRENOM : ..... SEXE :  Fém.  Mas.  
DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....  
DATE DU SEJOUR : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

II. **VACCINATIONS :** (remplir à partir du carnet de santé, ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).  
*ANTI POLIOMYELITIQUE – ANTIDIPHTERIQUE – ANTITETANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE*

Précisez s'il s'agit :

Du DT Polio...../...../.....

Du DT Coq...../...../.....

Du Tétracocq...../...../.....

D'une prise Polio...../...../.....

RAPPELS.....

ANTITUBERCULEUSE (BCG) ANTIVARIOLIQUE AUTRES VACCINS

DATES	DATES	VACCINS PRATIQUES DATES
1 <sup>er</sup> vaccin / /	Vaccin / /	/ /
Revaccination / /	1 <sup>er</sup> rappel / /	/ /

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?.....

INJECTIONS DE SERUM NATURE DATES  
/ /

### III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE  oui  non VARICELLE  oui  non ANGINES  oui  non RHUMATISMES  oui  non SCARLATINE   
oui  non  
COQUELUCHE  oui  non OTITES  oui  non ASTHME  oui  non  
ROUGEOLE  oui  non OREILLONS  oui  non

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :

### IV. RECOMMANDATIONS MEDICALES DES PARENTS :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?.....

Si oui, lequel ?.....

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

Groupe Sanguin : .....

L'enfant mouille-t-il son lit ?  non  occasionnellement  oui

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  oui  non

Régimes alimentaires particuliers :  oui  non lequel : .....

### V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : ..... PRENOMS : .....

ADRESSE : (pendant la période du séjour) : .....

N° de tel. : Domicile : ..... Bureau : .....

Adresse de votre CPAM : .....

N° de sécurité sociale : .....

Je soussigné, Responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

DATE : .....

Signature obligatoire

OBSERVATIONS DIVERSES : .....