



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 ^{er} vaccin / /	Vaccin / /	/ /
Revaccination / /	1 ^{er} 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 :

Votre enfant sait-il nager : oui non

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 :

Attestation CMU : oui non / Si oui, la joindre obligatoirement.

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 :