



FICHE SANITAIRE

1 – ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : _____

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 au terme de l'accueil. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - VACCINATIONS (Joindre la copie du carnet de vaccination)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT 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.**

Allergies : (Remplir par Oui ou Non)

ASTHME : **ALIMENTAIRES :** **MEDICAMENTEUSES :** **ALLERGIE :**

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

Régime Alimentaire : ☐ **SANS VIANDE** ☐ **SANS PORC** ☐ **VEGETARIEN**

Indiquez ci-après :

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

BAIGNADE : SAIT NAGER ☐ SE DEBROUILLE ☐ NE SAIT PAS NAGER ☐

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Contacts Resp 1 : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Contacts Resp 2 : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e), _____, Responsable légal 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.

Médecin traitant : Nom : _____ Tél : _____

Date : _____ Signature : _____