

# fiche sanitaire et de renseignements

## L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Né(e) le : ..... ( .....ans ) Sexe : ☐ M ☐ F

## LES VACCINATIONS

**Joindre impérativement les photocopies du carnet de santé de votre enfant. Les vaccinations à jour sont obligatoires, sinon joindre un certificat médical datant de moins de trois mois.**

Votre enfant est-il à jour de sa vaccination DT Polio ? ☐ oui ☐ non  
Autres vaccinations (précisez svp) : .....  
.....

## LES MALADIES

**Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :**

|                    |                                                           |                     |                                                           |                    |                                                           |
|--------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Rubéole :</b>   | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>Rhumatisme :</b> | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>Otite :</b>     | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| <b>Varicelle :</b> | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>Scarlatine :</b> | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>Rougeole :</b>  | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| <b>Angine :</b>    | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>Coqueluche :</b> | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>Oreillons :</b> | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Autres ( précisez ) : .....  
.....

Tout traitement devra être accompagné d'une prescription médicale et d'une autorisation parentale.  
Joindre obligatoirement l'ordonnance récente ainsi que les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice et marqué au nom de l'enfant svp )

Votre enfant est-il sujet aux :  
Angine: ☐ OUI ☐ NON      Asthme : ☐ OUI ☐ NON      Rhumatisme ☐ OUI ☐ NON

indiquez les autres difficultés de santé éventuelles (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération ) avec leurs dates et les précautions à prendre : .....  
.....  
Nom et coordonnées du médecin traitant (facultatif ) : .....

## LES INFORMATION MEDICALES ET LA SANTE

L'enfant est-il allergique ?  
• à un médicament ☐ OUI ☐ NON si oui, lequel : .....  
• à un aliment ☐ OUI ☐ NON si oui, lequel : .....  
• à autre chose ☐ OUI ☐ NON si oui, lequel : .....

L'enfant porte-t-il des lunette, lentilles de contact, prothèses auditives ou dentaires ( précisez ) ? .....  
L'enfant mouille-t-il son lit ? ☐ OUI ☐ NON S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? ☐ OUI ☐ NON  
Autres renseignements ou recommandations importantes ( caractère, sommeil, phobie ) : .....  
.....

## LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
N° se Tél portable: ..... N° de Tél Fixe : .....  
Email : .....  
.....  
N° de sécurité sociale : ..... Centre payeur : .....

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.

A ..... LE.....

SIGNATURE :