



FICHE SANITAIRE

DOCUMENT CONFIDENTIEL

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Age :

Garçon

Fille

Vaccinations : Merci de joindre la photocopie des vaccinations ou carnet de santé. Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT DE CONTRE INDICATION
LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical* : OUI NON

L'enfant a-t-il un PAI* : OUI NON

Si OUI, joindre une ordonnance récente, le PAI et les médicaments correspondants (boite de médicaments dans leur boîte d'origine, avec le nom de l'enfant dessus et les notices des médicaments à l'intérieur, le tout dans une pochette transportable)

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES

SUIVANTES

| RUBEOLE* | | VARICELLE* | | ANGINE* | | RHUMATISME* ARTICULAIRE AIGÜ | | SCARLATINE* | |
|-------------|-----|------------|-----|-----------|-----|---------------------------------|-----|-------------|-----|
| OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON |
| COQUELUCHE* | | OTITE* | | ROUGEOLE* | | OREILLONS* | | | |
| OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | | |

ALLERGIES *: ASTHME OUI NON

MEDICAMENTEUSE OUI NON

ALIMENTAIRE OUI NON

AUTRE : A préciser.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....
.....
.....

Recommandations importantes des parents : Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires.... A préciser

.....
.....
.....
.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom, Prénom :

Adresse :

Téléphones :

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures médicales (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature du responsable légal

Fait à _____, le _____

Signature

* barrer la mention inutile

