



## FICHE SANITAIRE

### 1 - ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Filles :     Garçon :

COMITE : .....

Club : ..... Numéro de licence : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des Derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres(préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance récente et les médicaments correspondant (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.**

RUBEOLE : OUI  NON     COQUELUCHE : OUI  NON   
 VARICELLE : OUI  NON     OTITE : OUI  NON   
 ANGINE : OUI  NON     ROUGEOLE : OUI  NON   
 SCARLATINE : OUI  NON     OREILLONS : OUI  NON   
 RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ : OUI  NON

#### ALLERGIES :

ASTHME : OUI  NON     MEDICAMENTEUSES : OUI  NON   
 ALIMENTAIRES : OUI  NON     AUTRES : OUI  NON

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé et les précautions à prendre : .....

.....

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez : .....

### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : .....

.....PRENOM : .....

Adresse (pendant le séjour) : .....

Tél. fixe et portable domicile : ..... Bureau : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné(e), ....., responsable légal(e) 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :