



Fiche Sanitaire & Certificat Médical

ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../ 20.....

Garçon

Fille

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant et elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1 - VACCINATIONS - Joindre les copies du carnet de vaccination.

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				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

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

▶▶ Suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et mettre les médicaments correspondants dans la valise (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

▶▶ En cas de fièvre ou douleur légères, autorisez-vous l'assistant sanitaire à lui donner du paracétamol :
Oui Non **Si oui**, joindre une ordonnance récente.

▶▶ Nom et numéro de téléphone du médecin traitant, en cas de nécessité :

.....

▶▶ Y a-t-il, pour cet enfant, des antécédents à signaler ? Oui Non,

Si oui lesquels ?

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES *:

ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSE Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES

***Joindre le « projet d'accueil individualisé » (P.A.I.) qui précisera la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).**

.....
.....

Tournez S.V.P.

3 - REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

.....

4 - INDIQUEZ ICI LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ PARTICULIERES (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, autisme, énurésie ou problème comportemental) en précisant les **précautions à prendre** :

.....

.....

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il : des lunettes des lentilles des prothèses auditives des prothèses dentaires

Si c'est une fille, est-elle réglée ? Oui Non Autres :

Événements familiaux récents qui pourraient avoir des conséquences sur le comportement de l'enfant (angoisse, pleurs, isolement) :

6- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM, Prénom du ou des parents :

ADRESSE (pendant le séjour) :

.....

TELEPHONES : Domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Bureau :/...../...../...../.....

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.

Date :/...../ 20..... Signature du *ou* des parents:

CERTIFICAT MÉDICAL (uniquement pour les colonies de vacances)

Je soussigné(e), Docteur

Certifie, après examen, que l'état de santé de l'enfant :

Ne présente aucune contre indication médicale à la pratique :

- d'activités physiques et sportives.
- d'activités aquatiques et subaquatiques.

Date :/...../ 20.....

Tampon et signature du praticien