

## 1. ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Garçon  Fille

Lieu et dates du séjour :

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
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

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 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.*

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole : Oui  Non

Varicelle : Oui  Non

Angine : Oui  Non

Scarlatine : Oui  Non

Coqueluche : Oui  Non

Otite : Oui  Non

Rougeole : Oui  Non

Oreillons : Oui  Non

Rhumatisme articulaire aigu : Oui  Non

### L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme : Oui  Non

Alimentaires : Oui  Non

Médicamenteuses : Oui  Non

Autres (préciser la cause et la conduite à tenir) :

Autres difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, opération, ...) en précisant les précautions à prendre :

### 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (traitements médicaux)

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

Traitement médical en cours (fournir la photocopie de l'ordonnance) :

### 5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse :

Numéros de téléphone :

Mère : Domicile : Portable : Travail :

Père : Domicile : Portable : Travail :

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

N° de Sécurité Sociale :

Nom Mutuelle :

Je soussigné, \_\_\_\_\_ 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 responsable du stage à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature :