

# FICHE SANITAIRE

## 1 - L'enfant (Ecrire en majuscules)

NOM : .....  
PRÉNOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....  
GARÇON  FILLE

CODE ET TITRE DU SEJOUR : .....  
DATES : .....  
ORGANISATEUR : .....

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 RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole : oui  non       Varicelle : oui  non       Angine : oui  non   
Rhumatisme articulaire aigu : oui  non       Scarlatine : oui  non       Coqueluche : oui  non   
Otite : oui  non       Rougeole : oui  non       Oreillons : oui  non

ALLERGIES :  
Asthme : oui  non       Médicamenteuses : oui  non       Alimentaires : oui  non   
Autres : .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

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



# Fiche sanitaire de liaison

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

## 4 - Recommandations utiles des parents

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

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

## 5 - Responsable de l'enfant

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Adresse (pendant le séjour) : .....

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

Tél. fixe (et portable) : ..... Domicile : ..... Bureau : .....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) : .....

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, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature : .....

## 0 remplir par le directeur a l'attention des familles

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances :

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

Observations :

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

