

DATE ET LIEU DU SEJOUR :

1 – ENFANT

NOM :

Date de Naissance :

Prénom :

Sexe* : Garçon / Fille

2 – VACCINATIONS *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)*

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)

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Si l'enfant suit un traitement médical durant la semaine, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant)

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

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu |

- Allergies* : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

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

- 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 lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,...

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

Prénom

Adresse

Tél. fixe (et portable) du domicile :

du bureau

NOM et Tél. du médecin traitant

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.

DATE ET SIGNATURE

*** Rayer la mention inutile**