

1- ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Garçon  Fille

**-SERVICE PÉRISCOLAIRE- VACANCES-**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT, ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 – VACCINATIONS - MERCI DE FOURNIR UNE COPIE DES VACCINS

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	DATES
DT polio				Hépatite B	
Ou Tétracoq				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				B.C.G.	
				Pneumocoque	
				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 **OBLIGATOIREMENT** 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	Rhumatisme, articulaire Aigu OUI      NON	SCARLATINE OUI      NON
COQUELUCHE OUI      NON	OTITE OUI      NON	ROUGEOLE OUI      NON	OREILLON OUI      NON	

**ALLERGIES : Asthme** Oui Non **Médicamenteuse :** Oui Non **Alimentaire :** Oui Non

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 lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

Précisez \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél fixe \_\_\_\_\_ Tél portable \_\_\_\_\_ Tél Travail \_\_\_\_\_

Médecin traitant \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exact 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 santé de l'enfant.

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature