

1- ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance ___/___/___ Garçon Fille

-SERVICES 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 ET VOUS SERA RENDU A 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
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 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	

Entourer la réponse correcte

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