



## FICHE SANITAIRE

### 1 - ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Fille :  Garçon :

COMITE : .....

Club : ..... Numéro de licence : .....

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, vous pouvez joindre la copie des vaccinations)

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

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui, joindre une copie de l'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**

RUBEOLE : OUI  NON

VARICELLE : OUI  NON

ANGINE : OUI  NON

SCARLATINE : OUI  NON

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ : OUI  NON

COQUELUCHE : OUI  NON

OTITE : OUI  NON

ROUGEOLE : OUI  NON

OREILLONS : OUI  NON

### ALLERGIES :

ASTHME : OUI  NON

MEDICAMENTEUSES : OUI  NON

ALIMENTAIRES : OUI  NON

AUTRES : OUI  NON

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé 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, précisez : .....

### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

.....PRENOM : .....

Adresse (pendant le séjour) : .....

Tél. fixe et portable domicile : ..... Bureau : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné(e), ....., responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :