



# FICHE SANITAIRE ENFANT

Photo de l'enfant  
collée  
à cet  
emplacement

NOM :	PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :	LIEU DE NAISSANCE :
POIDS :	TAILLE :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités organisées par le Service Jeunesse de Valleiry.

## 1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie, Coqueluche, Tétanos, Poliomyélite			- -	Hépatite B	
OU DT Polio			- -	Rubéole-Oreillons- Rougeole	
				Autres (préciser)	

**SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.**

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## 2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui  Non

Si **oui**, joindre une **ordonnance** récente et **les médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leurs emballages 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 :

<i>COQUELUCHE</i> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<i>RUBÉOLE</i> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<i>ANGINE</i> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<i>SCARLATINE</i> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<i>OTITE</i> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<i>ROUGEOLE</i> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<i>OREILLONS</i> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<i>RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGÛ</i> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :** ASTHME OUI  NON  MÉDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRE OUI  NON  AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler).

**RÉGIME ALIMENTAIRE :** SANS VIANDE  SANS PORC

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

.....  
.....

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....  
.....  
.....

Téléphone du domicile : PÈRE..... MÈRE.....

Téléphone Portable : PÈRE..... MÈRE.....

Téléphone Professionnel : PÈRE..... MÈRE.....

**TÉLÉPHONE DANS LE CAS OÙ LES PARENTS NE SOIENT PAS JOIGNABLES :**

Nom / Prénom / tel : .....

Nom / Prénom / tel : .....

Nom / Prénom / tel : .....

Nom / Prénom / tel : .....

**NOM ET TÉLÉPHONE 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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.*

Date :

Signature :