



FICHE SANITAIRE ENFANT

Photo de l'enfant
collée
à cet
emplacement

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

Date et lieu du séjour : 15/07 au 19/07 à Vallières

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 :

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