

FICHE SANITAIRE

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE : DATE DE NAISSANCE : / /

II. VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	Date derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Date derniers rappels		
Diphtérie / /	Hépatite B / /		
Tétanos / /	Rubéole-Oreillons-Rougeole / /		
Poliomyélite / /	Coqueluche / /		
Ou DT polio / /	Autres (préciser) / /		
Ou Tétracoq / /				
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	Dates		Dates	Vaccins	Dates
1 ^{er} Vaccin / /	Vaccin / / / ... /
Revaccination / /	1 ^{er} Rappel / / / ... /

III. RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHES		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

.....

 Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?.....
 Si oui lequel ?.....
(Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.)

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :
 N° DE TEL :
 N° DE SECURITE SOCIALE :
 ADRESSE CPAM :
 N° de MUTUELLE :
 ADRESSE DE LA MUTUELLE :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : SIGNATURE :