

# FICHE SANITAIRE

## Enfant

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Date de naissance: \_\_\_\_\_ Garçon  Fille

## Vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq				Coqueluche	
BCG (non obligatoire)				Autres (précisez)	
				Autres (précisez)	

**JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DU CARNET DE SANTE CONCERNANT LES VACCINS, si l'enfant n'a pas les vaccins, joindre un certificat de contre indication**

## Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Si oui, joindre une ordonnance récente (original) et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE**

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

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres: _____

Allergies ? ASTHME  oui  non MEDICAMENTEUSES  oui  non  
 ALIMENTAIRES  oui  non AUTRES: \_\_\_\_\_

Conduite à tenir (si automédication le signaler, joindre l'ordonnance au médicament) : \_\_\_\_\_

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

En précisant les dates et les précautions à prendre: \_\_\_\_\_

L'enfant bénéficie-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?  oui  non

Si oui joindre la photocopie du PAI

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier, précisez: \_\_\_\_\_

Natation: l'enfant sait-il nager ?  oui  non Si oui, quel niveau ? \_\_\_\_\_

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_  
 déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire

Date et signature: \_\_\_\_\_