

FICHE SANITAIRE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

◆ VACCINATION

DT Polio : oui non

Date du dernier rappel :/...../.....

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

◆ TRAITEMENTS EN COURS

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

Si oui joindre une 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.

◆ ALLERGIES :

ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

SI OUI, PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

.....
.....

◆ REGIME ALIMENTAIRE :

SPECIFIQUE Sans porc Sans viande Autre

PRÉCISEZ

NOM des parents pouvant être joints en cas de nécessité (ou du responsable)

.....
.....

TÉL. Portable : (Domicile / Travail)

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

Date :

Signature :

