



## FICHE SANITAIRE

Merci de remplir avec le plus grand soin cette fiche, indispensable pour un bon suivi sanitaire. L'ensemble des informations est obligatoire et engage votre responsabilité. A nous retourner avec le bulletin d'inscription (sauf pour les séjours linguistiques).

### Séjour

Noël  Hiver  Printemps  Été  Automne

### L'enfant

Fille  Garçon

Taille : ..... cm | Poids : ..... kg | Pointure : .....

NOM (en majuscules) : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : ..... / ..... / .....

à .....

### La famille

Identifiant (n° APH, SOI...) : .....

Nom et prénom du père (ou du tuteur) : .....

Nom et prénom de la mère : .....

### Renseignements médicaux

Nom et téléphone du médecin traitant de l'enfant : .....

> DT Polio - date du dernier rappel (obligatoire) : .....

> L'enfant a-t-il eu des convulsions ?  Oui |  Non

Si oui, date des dernières crises convulsives : ..... / ..... / .....

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non	Rhumatismes	<input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non	Angines	<input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non	Otitites	<input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non
Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non		

### ALLERGIES :

Médicamenteuses  Oui |  Non

Alimentaires  Oui |  Non

Autres : .....

Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) .....

### Autorisation à remplir par les parents (ou le tuteur)

Je soussigné(e) : .....

Responsable légal de : .....

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, transfusions) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Adresse des parents (ou du tuteur) : .....

N° de téléphone des parents (ou du tuteur) :

Domicile : ..... | Mobile : .....

Professionnel : ..... | Poste : .....

Courriel : .....

Numéro de Sécurité Sociale :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :  Oui |  Non

Si oui, coordonnées : .....

N° d'adhérent de mutuelle (obligatoire) : .....

Durant le séjour, adresse des parents ou du responsable légal à prévenir en cas de besoin : .....

N° de téléphone durant le séjour : .....

ASTHME :  Oui |  Non

Si oui traitement quotidien  Oui |  Non

> Autres difficultés de santé rencontrées (maladies, hospitalisations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

Si oui, au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant, joindre une ordonnance en cours de validité 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.**

Interventions chirurgicales (préciser les dates) : .....

> L'enfant mouille-t-il son lit ?

oui |  non |  occasionnellement

### Recommandations utiles

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez : .....

Fait à : ..... Le ..... / ..... / .....

Signature :