

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



F	ICH	ΗE	SA	N	ITA	11	RE
	D	E	LIA	IS	O	N	

1 - ENFANT				-
NOM :				,
PRÉNOM :			<u> </u>	
DATE DE NAISSANCE :				
garçon 🛄	FILLE 🛄			

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	поп	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos	 			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	_			Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU, LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE		
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON		
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS			
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON			
ALLERGIES: ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES						
		***************************************	••	***************************************		

, yk		***************************************	•••••••			
- yk						
-		.1				

NDIQUEZ CI-APR	RÈS : E SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION,
LES difficultés d e Rééducation) en	PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE .
4 - RECOMMAN VOTRE ENFANT PC	ndations utiles des parents Drte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc
PRÉCISEZ.	
5 - RESPONSA	BLE DE L'ENFANT PRÉNOM
NOM	ant le séjour)
	RURFALL
TÉL. FIXE (ET PO	RTABLE), DOMICILE :
	responsable légal de l'enfant , déclare responsable du séjour à prendre, le cas échéant.
Je soussigne, exacts les rens toutes mesure l'enfant.	seignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant. s (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
Date :	Signature :
	A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
	COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
OBSERVATION	OŃS T
المواد	

....