

FICHE SANITAIRE

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....

PRÉNOM.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

PORTABLE :

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

VACCINS oui non

DATES OBLIGATOIRES DERNIERS RAPPELS

Diphtérie Hépatite B

Tétanos Rubéole-Oreillons-Rougeole

Poliomyélite Coqueluche

Ou DT polio Autres (préciser)

Ou Tétracoq

BCG

4 - 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.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES,
DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....