



FICHE SANITAIRE

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant/l'adolescent. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

I. ENFANT/ADO **NOM :** _____ **PRENOM** _____
SEXE : Masculin Féminin Date de naissance : / /
Séjour : du / / / au / / 20

II. VACCINATIONS (remplir à partir du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDITHTERIQUE - ANTITETANIQUES - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		
Du DT coq		
Du Tétracoq Rappels		
Hépatite B		

<i>ANTITUBERCULEUSE (BCG)</i>		<i>ANTIVARIOLIQUE</i>	<i>AUTRES VACCINS</i>	
	DATES		DATES	
1 ^{er} vaccin	/ /		/ /	/ /
Revaccination	/ /		/ /	/ /

Si l'enfant/l'adolescent n'est pas vacciné, pourquoi ?

	NATURE	DATES
Injections de sérum		/ /
		/ /

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT/L'ADOLESCENT

L'enfant/l'adolescent a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<i>RUBEOLE</i>		<i>VARICELLE</i>		<i>ANGINES</i>		<i>RHUMATISMES</i>		<i>SCARLATINE</i>	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
<i>COQUELUCHE</i>		<i>OTITES</i>		<i>ASTHME</i>		<i>ROUGEOLE</i>		<i>OREILLONS</i>	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

INDIQUER LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Actuellement l'enfant/l'adolescent suit-il un traitement ? Non Oui

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, n'oublier pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

L'enfant mouille-t-il son lit ? Non Occasionnellement Oui

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? Non Oui

Je soussigné, responsable légal de l'enfant/l'adolescent, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant/l'adolescent.

Date, nom et signature :