

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les séjours de l'enfant. Elle évite de vous démunir du carnet de santé

FICHE SANITAIRE

① **ENFANT :** Garçon Fille

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

② **MEDECIN TRAITANT :**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : ____/____/____/____/____

③ **VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

④ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

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

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice) **Aucun médicaments ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ASTHME Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHMES Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES _____

- Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : (si automédication le signaler)

- Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

⑤ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses dentaires ou auditives etc... :

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare **exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise le responsable du centre à prendre toutes mesures** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ____/____/____

SIGNATURE :