



**1 - ENFANT**  
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CEtte FICHE PERMET DE RécUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
 ELLE ÉVITE DE VOUS DÉSHABILLER 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	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Échelle Orale/Intranasale	
Poliomyélite				Coqueluche	
Or 127 (pertussis)				Autres (préciser)	
OR 133 (rougeole)					
OR 134 (scarlatine)					

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 a-t-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (différents de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec le motif)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	ÉPHEMÉRIQUE MÉDICALE AJD	SCORBUTE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	SCARLATINE	ORIGÈLES	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (cf. annexe 1 de la signature)

INDIQUEZ CLAIRÉMENT :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HÔPITALISATION, OPÉRATION, RÉVÉLATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

NOTER ENFANT PORTE-IL DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES CÉRÉBRALES, ETC., NÉCESSAIRE.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

TÉL. (RE ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_  
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (INCIDENT) : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare avoir les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure thérapeutique médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale toutes nécessaires par l'équipe soignante.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉS DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS