

ENFANT

NOM Prénom : _____ Né(e) le : _____

Nationalité : _____ Sexe : _____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle vous permet de garder son Carnet de Santé avec vous. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole / Oreillons / Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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 déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGÛS	

ALLERGIES

ASTHME	ALIMENTAIRES	MÉDICAMENTEUSES	AUTRES _____
--------	--------------	-----------------	--------------

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

Indiquez ci-après :

- Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents :

- Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Observations diverses :

RESPONSABLES DE L'ENFANT

• Nom Prénom : _____ Numéros de tél. : _____
Adresse : _____

• Nom Prénom : _____ Numéros de tél. : _____
Adresse : _____

Je/Nous soussigné(e)/ons, _____ responsable(s) légal•e(aux) de l'enfant, déclare/ons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise/ons le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom : _____ Téléphone : _____

N° de Sécurité Sociale de l'enfant : _____

DATE : _____

Signature(s) du/des parent(s)