



FICHE SANITAIRE

L'ENFANT

NOM _____ PRENOM _____ SEXE _____

DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / ____ Taille _____ Poids _____

Adresse _____

Séjour _____ Dates de séjour ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

NOM DU RESPONSABLE _____ Téléphone _____

N° Sécurité sociale _____

Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU): OUI (joindre une photocopie) NON

Nom du médecin traitant _____ Téléphone _____

REGIME ALIMENTAIRE

- Sans régime particulier
- Sans viande de porc (des menus à base de poissons ou d'autres viandes seront proposés)
- Sans viande
- Sans poisson
- Allergie alimentaire _____

ALLERGIES: MÉDICAMENTS, MATIERES...

Précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication le signaler): _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Merci de cocher la case si votre enfant est concerné :

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Appareil dentaire | <input type="radio"/> Eczéma |
| <input type="radio"/> Lunettes/lentilles | <input type="radio"/> Allergie au soleil |
| <input type="radio"/> Appareil auditif | <input type="radio"/> Diabète |
| <input type="radio"/> Fille réglée | <input type="radio"/> Asthme : _____ |
| <input type="radio"/> Urticaire | <input type="radio"/> Incontinence (mouille t'il son lit) |
| <input type="radio"/> Autre : _____ | |

ANTECEDENTS MALADIES

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Rubéole | <input type="radio"/> Coqueluche | <input type="radio"/> Angines |
| <input type="radio"/> Varicelle | <input type="radio"/> Rhumatisme | <input type="radio"/> Otites |
| <input type="radio"/> Scarlatine | <input type="radio"/> Oreillons | <input type="radio"/> Rougeole |

FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS

Merci de joindre une photocopie des vaccinations. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Votre enfant a t'il un PAI ?

OUI NON

Votre enfant a t'il un suivi éducatif/médical?

OUI NON

Votre enfant a t'il une notification MDPH

OUI NON EN COURS

Nature du handicap :

Votre enfant est-il scolarisé?

OUI NON AVEC AVS

Votre enfant est-il accueilli dans un établissement spécialisé ?

OUI NON

Si oui, type d'établissement :

DIFFICULTES DE SANTE ET BESOINS SPECIFIQUES

Merci de nous indiquer des difficultés éventuelles (maladies, accidents, crises convulsives, rééducation, hospitalisations, opérations...). Préciser les dates et les précautions à prendre SVP.

Votre enfant a t'il des besoins spécifiques?

TRAITEMENT MEDICAL

Le participant suivra t'il un traitement pendant le séjour?

OUI NON

Si c'est le cas merci de joindre l'ordonnance en cours de validité avec le dossier d'inscription. Les médicaments doivent être donnés dans leurs emballages d'origine marqués au nom du jeune avec la notice. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Liste des médicaments :

Je soussigné(e), _____ responsable légal du participant _____, déclare exacts et complets les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures : traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales rendues nécessaires par l'état du participant.

Lu et approuvé

Date : ____ / ____ / ____

Signature

Commentaires de l'assistante sanitaire en fin de séjour :