

FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, elle évite de vous démunir de son carnet de santé

I - ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Etablissement scolaire fréquenté :

Classe : de l'enfant.....

Nombre de frères : Nombre de sœurs :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

- Autorisé à partir seul
- Autorisé à partir seul à 18H
- Non autorisé
- Aides aux temps libres
- OUI NON

II - RESPONSABLE OU TUTEUR LEGAL OU STRUCTURE D'ACCUEIL DE L'ENFANT * Cocher la case

Nom : Prénom :

Adresse :

☎ : ①

Adresse mail : @

III - VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **ATTENTION** : le **VACCIN ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication.**

VACCINS OBLIGATOIRES

- | | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Diphtérie | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Derniers rappels : |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |
| Poliomyélite | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |
| OU DT Polio | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |
| OU DT Tétracoq | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |
| BCG | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | |

VACCINS RECOMMANDES

- | | |
|----------------------------|---------|
| Hépatite B | Dates : |
| Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Coqueluche | |
| Autres (préciser) | |

IV - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? *oui *non

Si **oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondant (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) pour chaque camps. Les enfants doivent être munis de leur médicaments chaque fois qu'ils viendront à l'accueil de loisirs junior. Ils devront informer l'animateur de la présence de médicaments. **AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

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

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> *RUBEOLE | <input type="checkbox"/> *RHUMATISME ARTICULAIRE | <input type="checkbox"/> *VARICELLE |
| <input type="checkbox"/> *SCARLATINE | <input type="checkbox"/> *ANGINE | <input type="checkbox"/> *OTITE |
| <input type="checkbox"/> *COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> *ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> *OREILLONS |

ALLERGIES : *ASTHME *MEDICAMENTEUSE *ALIMENTAIRE *AUTRES

.....
Préciser les causes de l'allergie et conduite à tenir (si automédication le signaler)

GROUPE SANGUIN :

Les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

V - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
Nom et adresse du médecin traitant.....