

1 - FICHE ENFANT

Nom(s) et prénom(s) de l'enfant :

Date de naissance : Sexe :

2 - VACCINATIONS DE L'ENFANT

DIPHTERIE- TETANOS- POLIOMYELITE Date du dernier rappel :

Fournir la copie du carnet de vaccination ou attestation médicale

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

<p>ANGINE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>COQUELUCHE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>OREILLONS</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>OTITE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>RHUMATISME</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>ROUGEOLE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>RUBEOLE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>SCARLATINE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>VARICELLE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>

✚ L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

<p>ASTHME</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>ALIMENTAIRES</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>MÉDICAMENTEUSES</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
---	---	--

Précisez lesquelles, la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

✚ INDIQUEZ LES ANTECEDENTS MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX OU TOUT AUTRE ÉLÉMENT D'ORDRE MÉDICAL CONSIDÉRÉS COMME SUSCEPTIBLES D'AVOIR DES REPERCUSSIONS LORS DES ACCUEILS.

.....

.....

.....

.....

 L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LES ACCUEILS ? OUI NON

Si oui, joindre les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice) et l'ordonnance avec les conditions et modalités d'utilisation décrites.

Si votre enfant est amené à prendre un traitement en cours d'année, la démarche est identique.

 MEDECIN TRAITANT

NOM TELEPHONE

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

MERE : DOMICILE PORTABLE TRAVAIL

PERE : DOMICILE PORTABLE TRAVAIL

AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM PRÉNOM

DOMICILE PORTABLE TRAVAIL

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

DATE :

SIGNATURE :