

FICHE SANITAIRE

Cette fiche sanitaire a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant sa présence au club pré-ados ou pendant un éventuel séjour. Elle vous évite de vous démurer du carnet de santé de votre enfant.

1. **ENFANT** : Nom : _____ Prénom : _____

Sexe ☐ garçon ☐ fille ☐ Date de naissance : ____/____/____

Taille : _____ poids : _____

2. Vaccinations (Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTHERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit : du DT Polio du DT Coq d'une autre prise	vaccins pratiqués	date
RAPPELS		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATE		DATE		DATE
1 ^{ER} VACCIN		1 ^{ER} VACCIN		1 ^{ER} VACCIN	
Revaccination		Revaccination		revaccination	

Si l'enfant n'est pas vacciné,
Pourquoi ?

	NATURE	DATE
Injection de sérum		

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (rayer les mentions inutiles)

RUBEOLE oui non	VARICELLE oui non	ANGINES oui non	RHUMATISME oui non	SCARLATINE oui non
COQUELUCHE oui non	OTITES oui non	ASTHME oui non	ROUGEOLE oui non	OREILLONS oui non

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :
(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)

4. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? oui ☐ non ☐

Si oui, lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement durant un séjour, n'oubliez pas de nous donner une copie de l'ordonnance pour les médicaments.

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : Domicile : Travail :

n° de SS

Adresse du centre payeur : _____

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Nous, soussignés _____

Père, Mère, Tuteur (1), responsable de l'enfant _____

* autorisons le directeur de la structure ou le responsable du séjour à faire soigner notre fils -fille (1), et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins ;

* nous engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle ;

* nous engageons à prendre à notre charge les suppléments dus à un retour individuel de notre enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.

Fait à _____ le _____

Signatures :