

Fiche sanitaire 2019

Garçon

Fille

Nom:

Prénom :

Date de naissance :

Merci de joindre une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				Autres (à préciser)	
OU Tétracoq					
B.C.G.					

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.

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

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 ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Angine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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

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

Précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
.....

Numéros de téléphone :

Le médecin traitant : Docteur.....

Ville :

Numéro de téléphone :

Je soussigné(e) 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 :

[Accueil de loisirs](#)
[Activités culturelles et de loisirs](#)

Familles de la Baie
4 rue de la Vallée

Association loi 1901
29260 PLOUIDER

Agréée Jeunesse et Sports
Tél. : 06 04 40 03 69
Email : famillesdelabaie@gmail.com