

FICHE SANITAIRE – ANNEE 2019

Nom de l'enfant :

Prénom :

Fille

Date de naissance :

Garçon

Renseignements médicaux

- L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur boîte d'origine, avec la notice, et marquée au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

- L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire	
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	

- **Allergies** : médicamenteuses alimentaires asthme autre

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

- **Difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

en précisant les dates et les précautions à prendre

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

Responsable de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphones : (fixe, portable, travail, etc.).....

Nom et numéro du médecin traitant :

Pour valider une inscription, les cases ci-dessous doivent être cochées :

Je soussigné(e)..... responsable 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.

j'ai noté que les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées dans le dossier « papier » de l'enfant par la directrice pour une bonne organisation du service. Elles sont conservées pour une durée de 3 ans et sont destinées au service animation. Conformément à la loi informatique et liberté, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le responsable du service.

Fait à le Nom + Signature (s) :