

# FICHE SANITAIRE – ANNEE 2023

**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 ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire</b>	
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) :

**MERCI DE FOURNIR LA PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATION DU CARNET DE SANTE**