



Fiche enfant

Nom et prénom de l'enfant.....

Date de naissance..... Sexe : M - F

Autorisations

| | |
|---------------------------|-----------|
| Autorisation de baignade | oui - non |
| Autorisation de transport | oui - non |
| Diffusion image | oui - non |
| Prise de vue | oui - non |
| Partir seul | oui - non |

Médecin

Nom

Adresse

Autorisation d'hospitalisation : oui – non

Etablissement hospitalier :

Antécédents médicaux

Sommeil

Habitudes

Allergies

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Personnes à contacter en cas d'urgence

Fiche sanitaire de liaison

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Dates et lieu du séjour :

Vaccinations (fournir la copie du carnet de santé à la page des vaccins)

| <u>Vaccins</u> | Date des derniers rappels | <u>Vaccins</u> | Date des derniers rappels |
|-----------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Diphtérie | | Hépatite B | |
| Tétanos | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | |
| Ou Tétra coq | | | |
| BCG | | | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

ATTENTION : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : oui – non

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

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

| | | | | | | | | | |
|-------------------|------------|------------------|------------|-----------------|------------|--|------------|-------------------|------------|
| Rubéole | Oui non | Varicelle | Oui non | Angine | Oui non | Rhumatisme articulaire aigu | Oui non | Scarlatine | Oui non |
| Coqueluche | Oui non | Otite | Oui non | Rougeole | Oui non | Oreillons | Oui non | | |

Allergies médicamenteuses Alimentaires Autres ASTHME

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