

FICHE SANITAIRE – ENFANTS



NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

N° DE TÉLÉPHONE : _____

GROUPE SANGUIN : _____

1 – VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) :

OBLIGATOIRES	OUI	NON	FACULTATIFS	OUI	NON
Diphtérie			Hépatite A		
Tétanos			Hépatite B		
Poliomyélite			Fièvre jaune		
Ou DT polio			Typhoïde		
Ou Tétracoq			Autres (préciser)		

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

L'enfant a-t-il un PAI ? oui non

- ALLERGIES :

- Alimentaires : oui non
- Médicamenteuse : oui non
- Autres : _____

- PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) : _____

- AUTRES INFORMATIONS DE SANTÉ : _____

3 – PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM _____ PRÉNOM _____

N° DE TÉLÉPHONE _____

LIEN AVEC LA PERSONNE _____

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Merci de compléter et de joindre la décharge de responsabilité si l'adulte accompagnateur n'est pas le/la responsable légal de l'enfant.

Date :

Signature :