

FICHE SANITAIRE

NOM _____

Prénom _____

Date de naissance : _____

◆ **VACCINATION**

DT Polio :

oui

non

Date du dernier rappel :...../...../.....

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

◆ **TRAITEMENTS EN COURS**

L'enfant suit-il un traitement médical ?

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.

◆ **ALLERGIES :**

ASTHME

oui

non

MÉDICAMENTEUSES

oui

non

ALIMENTAIRES

oui

non

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

.....
.....
.....

NOM des parents pouvant être joints en cas de nécessité (ou du responsable)

.....

ADRESSE

TÉL. Portable : (Domicile Travail)

Je, soussigné.e, responsable légale 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 :

[Tapez ici]