|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | **FICHE SANITAIRE**  Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l’enfant/l’adolescent. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles. | |

**I. ENFANT/ADO NOM : PRENOM**

SEXE : Masculin □ Féminin □ Date de naissance : / /

**Séjour : du / / au / / 20**

**II. VACCINATIONS** (remplir à partir du carnet ou des certificats de vaccinations de l’enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

***ANTIPOLIOMYELITIQUE – ANTIDITHTERIQUE – ANTITETANIQUES - ANTICOQUELUCHE***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Précisez s’il s’agit : | VACCINS PRATIQUES | DATES |
| Du DT polio |  |  |
| Du DT coq |  |  |
| Du Tétracoq Rappels |  |  |
| Hépatite B |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *ANTITUBERCULEUSE (BCG)* | | *ANTIVARIOLIQUE* | | *AUTRES VACCINS* | |
|  | DATES |  | DATES |  | DATES |
| 1er vaccin | / / |  | / / |  | / / |
| Revaccination | / / |  | / / |  | / / |

Si l’enfant/l’adolescent n’est pas vacciné, pourquoi ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **NATURE** | **DATES** |
| Injections de sérum |  | / / |
|  | / / |

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT/L’ADOLESCENT**

L’enfant/l’adolescent a t-il déjà eu les maladies suivantes :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *RUBEOLE* | | | | *VARICELLE* | | | | *ANGINES* | | | | *RHUMATISMES* | | | | *SCARLATINE* | | | |
| NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  |
| *COQUELUCHE* | | | | *OTITES* | | | | *ASTHME* | | | | *ROUGEOLE* | | | | *OREILLONS* | | | |
| NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  |

INDIQUER LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

|  |  |
| --- | --- |
|  | / / |
|  | / / |
|  | / / |

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

Actuellement l’enfant/l’adolescent suit-il un traitement ? Non □ Oui □

Si oui, lequel ?

Si l’enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, n’oublier pas de joindre l’ordonnance aux médicaments.

L’enfant mouille t-il son lit ? Non □ Occasionnellement □ Oui □

S’il s’agit d’une fille est-elle réglée ? Non □ Oui □

Je soussigné, responsable légal de l’enfant/l’adolescent, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de l’enfant/l’adolescent.

**Date, nom et signature :**