



INFORMATIONS MÉDICALES IMPORTANTES

à remettre au directeur (CONFIDENTIEL)

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES
PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR
DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR

1 - ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / / SEXE : (M) - (F)

2 – VACCINATIONS

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATE DES DERNIERS RAPPELS |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|
| Diphtérie | | | |
| Tétanos | | | |
| Poliomyélite | | | |
| Ou DT polio | | | |

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 (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 Alimentaires : oui / non Médicamenteuses : oui / non

Autres :

PRÉCISER LA CONDUITE À TENIR :

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires ?

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

 

NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN TRAITANT :



Je soussigné(e),, responsable légal 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.

Á..... le

Signature des parents