

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS



Code De l'action Sociale et des Familles

1 - ENFANT **FICHE SANITAIRE** NOM: PRÉNOM : **DE LIAISON** DATE DE NAISSANCE : ___ FILLE GARCON 🚨 PERIODE ET LIEU DU SEJOUR : du à Oberhaslach 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 SERA DETRUITE À LA FIN DU SÉJOUR. 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **DATES DES DERNIERS VACCINS VACCINS RECOMMANDÉS DATES** oui non **OBLIGATOIRES RAPPELS** Diphtérie Hépatite B Rubéole-Oreillons-Rougeole Tétanos Coqueluche Poliomyélite Ou DT polio BCG Ou Tétracoq Autres (préciser) SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séiour ? 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. L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? **RHUMATISME** RUBÉOLE **VARICELLE ANGINE SCARLATINE** ARTICULAIRE AIGÜ OUI NON OUI NON OUI \square NON OUI NON OUI NON COQUELUCHE OTITE **ROUGEOLE OREILLONS** NON OUI \square OUI NON OUI NON NON oui non oui non oui **ALLERGIES: ASTHME MEDICAMENTEUSES ALIMENTAIRES** AUTRES PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

| INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE. | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 4 - RECOMMANDATIO | NS UTILES DES PARENTS |
| DENTAIRES, ETCPR | E-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES ÉCISEZ |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 5 -RESPONSABLE DE | L'ENFANT |
| NOM | PRÉNOM |
| ADRESSE (PENDANT | E SÉJOUR) |
| | |
| TÉL. FIXE / PORTABLE | MERE : TÉL. FIXE / PORTABLE PERE |
| NOM ET TÉL. DU MÉD | ECIN TRAITANT (FACULTATIF) |
| Je soussigné(e), déclare exacts les rense toutes mesures (traitem | responsable légal de l'enfant, signements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, ent médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. |
| Date : | Signature: |
| A RE | MPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES |
| | COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU CLUB NATURE Maison de la Nature Bruche Piémont |
| | 24 rue du Nideck F-67280 OBERHASLACH 09 53 17 41 23 / contact@mnbruchepiemont.org |
| OBSERVATIONS | |
| | |
| | |
| | |

Ecoprint 01 64 66 3000