



FICHE SANITAIRE

CLSH TOUSSAINT 2019

ENFANT

NOM _____ PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

GARCON ☐

FILLE ☐

POIDS : KG (IMPORTANT EN CAS D'HOSPITALISATION)

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	oui	non	dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou Dtpolio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole ☐

Coqueluche ☐

Varicelle ☐

Otite ☐

Angine ☐

Rougeole ☐

Rhumatisme articulaire aigu ☐

Oreillons ☐

Scarlatine ☐

ALLERGIES : (Précisez la cause, les effets, et la conduite à tenir)

DIFFICULTES DE SANTE :

(Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)
Précisez les dates et les précautions à prendre.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc... Précisez

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM _____ PRENOM _____

Adresse _____

Tel fixe _____ Tel portable _____

Tel au travail _____

MEDECIN TRAITANT :

NOM _____ Tel _____

Adresse _____

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné, Madame, Monsieur, _____ 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 en cas de maladie ou
hospitalisation et à donner du paracétamol (fièvre) et de l'arnica en granules (coups) si besoin.

Fait à _____ le _____ .

Signature.