

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



FI	C	HI	E 5	SA	N	IT	AI	RE
	E	E	L	IA	IS	C	N	

1 - ENFANT		
NOM:	1.0	
PRÉNOM :		
DATE DE NAISSA	NCE :	
GARÇON 🛄	FILLE 🛄	

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS' OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos			\$2 A4	Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	100				
BCG			4		

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 - RENSEIGNEA	MENTS MÉDICAUX CONCERNANT L	'ENFANT		
L'enfant suit-il un	traitement médical pendant le séjour	r? oui 🔲 nor	2 (m(xx)	629
하나 아이들 마다 마음이 살아 있다면 하는데	ordonnance récente et les médicame ne marquées au nom de l'enfant avec Aucun médicament ne pou	c la notice)		édicaments dans leur
		15		

L'ENEANT ALTH DELA ELLLES MALADIES SHIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICUŁAIRE AIGŪ	SCARLATINE	
OUI NON	OUI NON	OUI NON OUI NON		OUI NON	
COQUELUCHE	этто	ROUGEOLE	OREILLONS		
OUI NON	NON NON	OUI NON	OUI NON		
	NTAIRES oui 🗖 n	_)		
	NTAIRES oui 🗖 n	on 🔲 AUTRES			
	NTAIRES oui 🗖 n	on 🔲 AUTRES)		
PRÉCISEZ LA CAUSE	NTAIRES oui n	ON DUITE À TENIR	(si automédication le si	gnaler)	
PRÉCISEZ LA CAUSE	NTAIRES oui n	ON DUITE À TENIR)	gnaler)	

INDIQUEZ CI-A	PRÈS :
LES DIFFICULTÉS	DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION,
RÉÉDUCATION) E	n précisant les dates et les précautions à prendre .
	,,
•••	

4 - RECOMMAI	NDATIONS UTILES DES PARENTS
PRÉCISEZ.	DRTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC
27.007.00	

S DESPONSAT	BLE DE L'ENFANT
	PRÉNOM
	NT LE SÉJOUR)
	PACES AND ADDRESS
	TABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU	MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)
	responsable légal de l'enfant , déclare
	gnements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
	traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.	
Date:	Signature :
	A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
	COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
5	
100	
OBSERVATIONS	
OBSERVATIONS	

	,