



# Fiche Sanitaire - SEJOURS 2024

**ENFANT**  
**NOM :** \_\_\_\_\_  
**PRENOM :** \_\_\_\_\_  
**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_  
**GARCON**  **FILLE**  **AD**  **P.CE**  **EXT**

**Séjour**  **Séjour**  **Séjour**  **Séjour**   
**Départ et Retour en Gare de :**  
    
 St Pierre des Corps    Orléans / Les Aubrais    Vierzon

## Renseignements médicaux concernant l'enfant

### Vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Poliomyélite ou DT Polio Ou Tétracoq				Coqueluche Autres (Préciser)	
BCG				Autres (Préciser)	

Dernier rappel Contre la Covid 19 **ou** a eu la Covid 19 : Date ...../...../.....

**JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DU CARNET DE SANTE CONCERNANT LES VACCINS, si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre indication.**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour?  Oui  Non

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente (**original**) et les **médicaments** correspondants.  
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE**

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

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Rhumatisme Articulaire</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Autres :</b> _____

**Allergies?** **ASTHME**  OUI  NON **MEDICAMENTEUSES**  OUI  NON  
**ALIMENTAIRES**  OUI  NON **AUTRES** \_\_\_\_\_

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler**  
**Toutes les allergies Alimentaires devront être justifiées par un document médical**

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

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

**Un PAI**, protocole d'accueil individualisé a-t'il été signé avec l'établissement scolaire :  OUI  NON

L'enfant porte-t-il : des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez : \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier, précisez \_\_\_\_\_

# Renseignements familiaux

---

## MERE

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE .....

.....VILLE/CP .....

TEL. PORTABLE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| TEL. BUREAU |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

MAIL .....@.....

## PERE

NOM..... PRENOM .....

ADRESSE .....

.....VILLE/CP .....

TEL. PORTABLE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| TEL. BUREAU |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

MAIL .....@.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

## AUTRE RESPONSABLE LEGAL

NOM..... PRENOM .....

ADRESSE (si différente de la mère).....

.....VILLE/CP .....

TEL. PORTABLE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| TEL. BUREAU |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

MAIL .....@.....

## REGIME ET COUVERTURE SOCIALE DE L'ENFANT - **A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

Régime Caisse de Prévoyance N° \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale N° \_\_\_\_\_

### ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE- **COPIE A FOURNIR**

Numéro du contrat d'assurance \_\_\_\_\_

Nom de l'assureur \_\_\_\_\_

Adresse de l'assurance \_\_\_\_\_

---

*Je soussigné, .....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 d'enfant.*

Date :

Signature :