



# FICHE SANITAIRE – SEJOURS 2021

**ENFANT**  
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARCON  FILLE  AD  EXT  PCE

**SEJOURS**  
 (un par case)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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)	

**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 : \_\_\_\_\_

Préciser les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, autres suivis...) 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 (joindre la copie)  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 \_\_\_\_\_

