



FICHE SANITAIRE

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le stage de l'enfant.

OBLIGATOIRE

**PHOTO
RÉCENTE**

Dates du stage : du au

NOM de l'enfant : Prénom :

Sexe : F M Né(e) le : Nationalité : Age au 1^{er} jour du stage : ans

OBSERVATIONS

Noter ici toutes les indications que vous jugez utiles (comportement, recommandations, régime alimentaire,...)

.....

.....

.....

.....

L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives / dentaires, etc. ? Si oui, précisez :

.....

.....

Poids de l'enfant :

Si c'est une fille, est-elle réglée ? oui non

L'enfant suit-il un **traitement médical** à prendre pendant le stage ? oui non Si oui, joindre une photocopie d'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.**

VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant, **en aucun cas ne donner ce carnet.**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polyomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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.

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

Rubéole oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Varicelle oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Angine oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Scarlatine oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
Coqueluche oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Otite oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Rougeole oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Oreillons oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

ALLERGIES : Asthme oui non Médicamenteuses oui non
 Alimentaires oui non Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si auto-médication le signaler) :
.....
.....

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)
Précisez les dates et les précautions à prendre :
.....
.....

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant.....,

① déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ;

② m'engage à reverser à La Ferme des 3 Tilleuls, en cas de maladie ou accident de l'enfant pendant le stage, le montant des dépenses engagées pour le traitement.

A, le

Signature

(Mention « Lu et Approuvé »)

A remplir par Corinne Barron à l'intention des familles
OBSERVATIONS OU SOINS DONNÉS PENDANT LE SÉJOUR :

.....
.....
.....