

Fiche sanitaire

1 - L'ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

né(e) le _____ à _____



2 – VACCINATIONS (Merci de joindre la copie du carnet de vaccination. 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.)

VACCINS obligatoires	oui	non	dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	date:
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Haemophilus influenzae b	
ou Tétracoq				méningocoque C	
				pneumocoque	

Merci de joindre la copie des vaccins écrits dans le carnet de santé, c'est ce document qui est demandé en cas d'entrée à l'hôpital.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, indiquez ci-dessous le nom du médicament et la posologie à suivre :

nom du médicament : _____ posologie : _____

nom du médicament : _____ posologie : _____

nom du médicament : _____ posologie : _____

nom du médicament : _____ posologie : _____

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur boîte ou emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant avec la notice.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance pendant le séjour.

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES :

asthme : oui non

alimentaires : oui non

médicamenteuses : oui non

autres : _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

(si automédication le signaler)

DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Précisez ici si l'enfant a une maladie, des crises convulsives, s'il a eu un accident, une hospitalisation, une opération, une rééducation en indiquant les dates et les précautions à prendre : _____

4 - NUMÉRO DE SECURITE SOCIALE

n° immatriculation à la sécurité sociale

_____._____._____._____._____._____._____

nom et adresse de votre caisse primaire d'assurance maladie : _____

nom et adresse de votre caisse complémentaire mutuelle : _____

Si vous bénéficiez de la CMU, merci de joindre une photocopie de la carte CMU, c'est ce document qui est demandé en cas de visite chez le médecin ou d'entrée à l'hôpital.

AUTORISATION

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour, après consultation du praticien, à faire donner tous les soins médicaux que nécessiterait l'état de santé de mon enfant : traitement médical, hospitalisation, voire intervention chirurgicale avec anesthésie.

date : _____ Signature : _____

(En tous les cas, la direction joint par téléphone un responsable légal de l'enfant si ce dernier a besoin de soins médicaux durant le séjour.)

Fiche de renseignements

Août 2024

NOM : _____ **Prénom** _____

Fille - Garçon

âge : _____ classe _____

adresse précise _____

Responsable légal 1

Nom _____ prénom _____

téléphone personnel _____

téléphone du travail _____

Responsable légal 2

Nom _____ prénom _____

téléphone personnel _____

téléphone du travail _____

Personne à prévenir en priorité si besoin

Nom _____ prénom _____

en qualité de : responsable légal autre : _____

téléphone _____

Personne à contacter en cas d'absence des responsables légaux

Nom _____ prénom _____

en qualité de : responsable légal autre : _____

téléphone _____

Y a-t-il d'autres enfants de la même famille inscrits sur le séjour ?

une sœur un frère autre : _____



Y a-t-il une sœur un frère un copain une copine avec qui vous voudriez que l'enfant partage la chambre ?

(dans la mesure du possible, car tout dépend du nombre d'enfants inscrits, de leur âge, du projet pédagogique en place...)

Si oui, précisez le nom et prénom de l'autre enfant : _____

Recommandations utiles

L'enfant :

- porte des lunettes ? oui non précisions : _____

- a un appareil dentaire ? oui non précisions : _____

- est énurétique (= pipi au lit) ? oui non précisions : _____

- mouille son lit occasionnellement ? oui non précisions : _____

- a des otites à répétition ? oui non précisions : _____

- autre à préciser : _____

Avez-vous des renseignements complémentaires qui ne sont pas d'ordre médical à donner concernant votre enfant : (situation dans la famille, régime alimentaire, sports ou exercices interdits, loisirs préférés,.....) ? _____

date :

Signature :

Ces deux documents (fiche sanitaire + fiche de renseignements) sont à retourner :

- soit par mail à inscriptions@lamaisondubeau.com

- soit par voie postale à :

AUDREY HARBOIS

La Maison du Beau

351-2 rue Gabriel Mouilleron

54200 ECROUVE