

# Fiche sanitaire

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous munir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

## I. ENFANT Child

NOM *Name* : ..... Prénom *First name*: ..... Date de naissance (D.O.B.): ..... / ..... / .....  
 Sexe :  M  F      Séjour : ..... du ..... au ..... / ..... / 201 ..

## II. VACCINATIONS

Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

### ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUES - ANTICOQUELUCHE

| Précisez s'il s'agit :          | VACCINS PRATIQUES Practised vaccines | DATES |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------|
| du DT polio                     |                                      |       |
| du DT coq <i>Whooping cough</i> |                                      |       |
| du Tétracop RAPPELS -reminders  |                                      |       |
| de l'Hépatite B                 |                                      |       |

### ANTITUBERCULEUSE (BCG)

### ANTIVARIOLIQUE

### AUTRES VACCINS

|                        | DATES | DATES | DATES |
|------------------------|-------|-------|-------|
| 1 <sup>er</sup> vaccin |       |       |       |
| Revaccination          |       |       |       |

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? *if the child is not vaccinated, why?*

### NATURE

### DATES

### INJECTIONS DE SERUM

*serum injection*

## III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT / Medical information regarding the child

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? - *the child has already had the following diseases ?*

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| RUBEOLE / <i>Rubella</i><br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui           | VARICELLE / <i>Chicken pox</i><br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | ANGINES / <i>Angina</i><br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | RHUMATISMES/ <i>Rheumatisms</i><br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | SCARLATINE / <i>Scarlet fever</i><br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| COQUELUCHE / <i>Whooping cough</i><br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | OTITES / <i>Ear Infections</i><br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | ASTHME / <i>Asthma</i><br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  | ROUGEOLE / <i>Measles</i><br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui       | OREILLONS / <i>Mumps</i><br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui          |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES - *others difficulties of health (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations, antécédents psychiatrique ou psychologique)*

..... | ..... / ..... / .....  
 ..... | ..... / ..... / .....

## IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?  Non  Oui      Si oui, lequel ?  
*Is the child following a treatment?*

*Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.*

L'enfant mouille-t-il son lit?  Non  Occasionnellement  Oui      S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  Non  Oui

Je soussigné(e) .....  
 responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

*responsible for the child, declares the information on this form accurate and authorizes the person in charge of the stay to take, if necessary, all the measures (medical treatment, hospitalization, surgical interventions) made necessary by the condition of the child.*

A ....., le ..... Signature :

# Dossier d'inscription séjour juillet 2020

## IDENTITE DU JEUNE

Nom : ..... Prénom : ..... Email : .....  
Né(e) le : ...../...../..... Age : .....ans Sexe :  M  F Nationalité : ..... Portable : .....

**Séjour 1** du dimanche 19 juillet 20 au mercredi 22 juillet 20 midi (récupéré sur place par .....)

**Séjour 2** du jeudi 23 juillet 20 matin (déposé sur place par .....) au dimanche 26 juillet 20 au soir

## IDENTITE DES PARENTS, DE LA PERSONNE RESPONSABLE, DU TUTEUR LEGAL OU DU JEUNE ADULTE PARTICIPANT

Nom : ..... Prénom : ..... Autorité parentale :  Père  Mère  Tuteur

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Email : .....

Domicile : ..... Portable : .....

Travail (mère) : .....  Travail (père) : ..... Fax travail : .....

Je souhaite recevoir les courriers par email :  Oui  Non

N° Sécurité Sociale : ...../...../...../...../...../..... Centre Payeur S.S. : .....

Adhérez-vous à une mutuelle ? Si oui, laquelle : .....

L'enfant dépend-il de l'Aide sociale à l'enfance (foyer – DASS) :  Oui  Non L'enfant est-il en famille d'accueil :  Oui  Non

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DURANT LE SEJOUR

Nom : ..... Prénom : ..... Portable : .....

## RECOMMANDATIONS À NOTER POUR LE BON DÉROULEMENT DU SÉJOUR

 **Activités à éviter :**

 **Activités prisées par l'enfant :**

Mon enfant nage seul 25 m :  OUI  NON (ceinture ou brassards obligatoires)

**Vie quotidienne :**

 Indiquez ce qui est plus délicat pour votre enfant :

 Indiquez ce qui fonctionne bien (endormissement, repas, ...) :

Pour son hygiène, a besoin d'aide pour :

*NB. : Les traitements ne seront délivrés que sur remise de l'ordonnance du médecin de l'enfant .  
Aucune auto médication ne sera possible*

*Si l'enfant nécessite des soins, il sera envisagé de le conduire chez un médecin*

A .....

le ...../...../.....

Signature :