



FICHE SANITAIRE

Association « DAA Aravis »

Été 2017

L'enfant :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Séjour : CM1/CM2 6°/5° 4°-term

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

ATTENTION : Nous ne voulons **pas de photocopies du carnet de santé** ! Relever les dates dans le tableau ci-dessous.

VACCINS OBLIGATOIRES			Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG (<i>fortement recommandée</i>)	
Ou Tétracoq				<i>Autres (préciser)</i>	

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

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui joindre 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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ 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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE 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"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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)

.....

.....

.....

.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**.

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

3. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant porte-t-il :

- DES LENTILLES : oui non
- DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée, 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 de l'enfant.

Date :

Signature :

5. OBSERVATIONS ET SUIVI DURANT LE SEJOUR (à remplir par le directeur à l'attention des familles)

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

La mention « RAS » signifie qu'il n'y a rien eu à signaler durant le séjour. Les ampoules dues à la marche et la bobologie mineure courante ne sont pas annotées.