

# FICHE SANITAIRE

## Association « DAA Aravis »

### Eté 2024

L'enfant : GARÇON  FILLE   
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Séjour :  CM1/CM2/6°  5° à la terminale

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	oui	non	Date du vaccin	Dates des rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Date du vaccin	Dates des rappels
Diphtérie					Hépatite B		
Tétanos					Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite					Coqueluche		
<b>Ou</b> DT polio					BCG ( <i>fortement recommandée</i> )		
<b>Ou</b> Tétracoq					Autres ( <i>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 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"/>	

L'enfant a-t-il déjà eu des épisodes d'énurésie et/ou d'encoprésie ? oui  non

Pour les filles : est-elle réglée ? oui  non

ALLERGIES : ASTHME : oui  non  MÉDICAMENTEUSES : oui  non

ALIMENTAIRES : oui  non  (précisez ci-dessous) GUEPES et INSECTES : oui  non

AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR / TRAITEMENT MEDICAMENTEUX :**

.....  
 .....

Existe-t-il des allergies connues dans la famille ou antécédent qui pourraient apparaître chez l'enfant (réaction aux guêpes, aliments,...) :

.....

Indiquez **les antécédents de santé de votre enfant** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**. Précisez si l'enfant a des zones fragiles ou des douleurs articulaires (ex : entorse, osgood, schlatter ...) :

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

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

Lequel :

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

**Rappel : l'équipe d'animation administrera le traitement à votre enfant UNIQUEMENT en présence d'une ordonnance jointe avec le traitement, même concernant l'homéopathie. La boîte doit être notée au nom de l'enfant, dans son emballage d'origine.**

**Aucun médicament ne pourra être pris/ administré sans ordonnance.**

Possibilité de nous joindre l'ordonnance en même temps que la fiche sanitaire.

### 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 :

.....

### 4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

PORTABLE : ..... 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. La bobologie ne sera pas annoté.