

FICHE SANITAIRE

Association « DAA Aravis »

Eté 2026

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)

L'enfant est-il à jour de sa vaccination obligatoire ? oui ☐ non ☐

Merci de nous transmettre la copie du carnet de vaccination en laissant apparaître le nom et le prénom de l'enfant. Il est impératif de nous transmettre toutes les pages concernées par des vaccinations obligatoires. Vous pouvez également nous faire parvenir un certificat médical 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.

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES : 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 :**

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

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

.....

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 ☐

MALADIES : ASTHMATIQUE : oui ☐ non ☐ CRISE CONVULSIVE : oui ☐ non ☐
DIABÉTIQUE : oui ☐ non ☐ AUTRES

Conduite à tenir et PAI (à joindre) :

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

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 aura 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)

.....

.....

.....