

FICHE SANITAIRE

ENFANT

NOM et Prénom de l'enfant Fille Garçon
Date de naissance

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM et Prénom
Adresse (pendant le séjour)
Code Postal Ville
Tél. domicile Tél. portable

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Date de la dernière vaccination DT COQ POLIO

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

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**médicaments dans leur boîte d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice**)

Allergies : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

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

TYPE DE REPAS

Normal Végétarien (viande remplacée par poisson ou œuf)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Je soussigné(e) 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.

Je prends note que mon enfant sera susceptible d'être photographié pour des opérations de communication (articles de journaux, ...)

Date :

Signature :