FICHE SANITAIRE ANNUELLE

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et en joindre également une copie)

VACCINS OBLIGATOIRES	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéoles, Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT Polio		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq		BCG	

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

* L'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages 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 suivante? *Entourez votre choix

Rubéole	OUI	NON	Rhumatisme	OUI	NON	Scarlatine	OUI	NON
Varicelle	OUI	NON	Coqueluche	OUI	NON	Otite	OUI	NON
Angine	OUI	NON	Asthme	OUI	NON	Oreillons	OUI	NON

ALLERGIES *Entourez votre choix

Asthme	OUI	NON	Médicamenteuses	OUI	NON
Alimentaires	OUI	NON	Autres	OUI	NON

Précisez la cause des allergie et la conduite à tenir:……..

…….

L'enfant est-il hémophile? OUI NON

AUTRES RENSEIGNEMENTS

……

……

……

Je soussigné, ……....., 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

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant:……...

Date de naissance:…..…./……/…….

Nom et prénom du responsable:……

Adresse:…….

……..

Téléphone domicile :…../…../…../…../…..

Téléphone portable :…../…../…../…../…..

Téléphone travail : …../…../…../…../…..

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

MEDECIN TRAITANT

NOM PRENOM:……..

Adresse……..

……

Téléphone: …./…./…./…./….

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné ……..……

1. Atteste que mon fils ou ma fille ……

Sera pris en charge à …..h….. par M. ou Mme ……

Dans le cas où je ne pourrais pas m'y déplacer.

A ……, le ……

Signature

AUTRES INFORMATIONS

*Entourez votre choix

Autorisez vous la prise de photos pour l'élaboration d'articles (presse, bulletin « Arantèle », site internet de la Communauté de Communes…) ? * OUI NON