

Cette fiche permet aux organisateurs du séjour de mieux connaître votre enfant et ses besoins particuliers.
Merci de la remplir avec la plus grande précision.

Enfant :

Nom : Prénom : Date de naissance : / / Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

1. Vaccinations : Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Vaccins	Date dernier rappel
DTP (obligatoire)	
BCG (tuberculose)	
Coqueluche	
Hépatite B	
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)	
Autres :	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2. Traitements médicaux en cours :

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

Si oui, joindre une **ordonnance** et les médicaments correspondants (dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

.....

.....

.....

3. Allergies :

Alimentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre (précisez) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---	---

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

.....

.....

.....

4. Problèmes de santé actuels et passés :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisations, crises convulsives, évanouissements fréquents, crises d'angoisse, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

5. Points d'attention concernant l'enfant :

Exemple : troubles du sommeil, somnambulisme, énurésie, saignements de nez, hyperactivité, handicap, prothèses dentaires et auditives, port de lunettes ou lentilles de contact, règles douloureuses, ...

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

➤ Régime alimentaire particulier : Oui Non

Précisez :

4. Coordonnées des responsables légaux de l'enfant, à prévenir en cas d'urgence :

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone 1	Téléphone 2

Nom et téléphone du médecin traitant :

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 (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :