

FICHE SANITAIRE

ENFANT

Nom : Prénom : Date de naissance :
 Age : Garçon Fille

PERE OU TUTEUR LEGAL

Nom Prénom
 Tel Port : Tel Travail :

MERE OU TUTRICE LEGALE

Nom Prénom
 Tel Port : Tel Travail :

OBLIGATOIRE: PHOTOCOPIE DES CERTIFICATS DE VACCINATIONS ET MALADIES INFANTILES

RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un *traitement médical* durant le séjour ? OUI NON
 si oui Joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîte de médicament marqué au nom de l'enfant)
AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE SANS ORDONNANCE

ALLERGIES :

ASTHME Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ALIMENTAIRES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	AUTRES : précisez
---	---	---	----------------------------

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL ?

LENTILLES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	LUNETTES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	PREOTHESES DENTAIRES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	COUCHES DE NUIT Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	AUTRES : précisez
--	---	--	---	----------------------------

NOM et Téléphone du Médecin Traitant

(obligatoire) :

Je soussigné Mr. Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements de cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date : Signature :

Je soussignée Mme. Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements de cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date : Signature :