

FICHE SANITAIRE	NOM.....
DE LIAISON	PRENOM.....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.

Vaccination (se référer au carnet de santé) ou fournir les photocopies des pages des vaccins

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Poliomyélite			
Ou DTpolio			
Ou tetracoq			

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

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

Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant sans ordonnance médical
(médicament dans leur emballage d'origine)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	COQUELUCHE	OTITE
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
ROUGEOLE	OREILLONS	SCARLATINE		
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

ALLERGIES : ASTMES OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES

Précisez la conduite à tenir en cas d'allergies.....

TRAITEMENT ALIMENTAIRE :

repas sans porc repas sans viande pas de traitement spécial

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à le.....

SIGNATURES DES PARENTS

