

Informations Sanitaires

I - **Vaccinations** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Joindre la photocopie du carnet de santé ou un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

II - **Renseignements médicaux** :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : Médicamenteuses oui non Asthme oui non
Alimentaires oui non P.A.I * oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

* Si votre(os) enfant(s) est(sont) sujet(s) à une allergie nécessitant un régime particulier ou des besoins thérapeutiques, l'élaboration d'un projet d'accueil individualisé (P.A.I.) est à demander au directeur de l'école.
Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - **Recommandations utiles** :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, régime alimentaire, etc...:

IV - **Responsable légal de l'enfant** :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*):.....

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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

