

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

L'ENFANT

Nom : _____ **Prénom :** _____
Date de naissance : _____ **Age :** _____
Sexe : F M

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____ **Prénom :** _____
Adresse : _____
Téléphone : _____
Numéro de sécurité sociale (dont dépend l'enfant) : _____

Je soussigné(e) _____, **responsable légal de l'enfant**, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, intervention...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'ENFANT

1. L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

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

2. L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

Asthme
 Oui Non

Alimentaires
 Oui Non

Médicamenteuses
 Oui Non

Autres
 Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

3. L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (à titre indicatif) ?

Rubéole
 Oui Non

Varicelle
 Oui Non

Angine
 Oui Non

Coqueluche
 Oui Non

Oreillons
 Oui Non

Otite
 Oui Non

Rougeole
 Oui Non

Scarlatine
 Oui Non

4. **P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire** : Oui Non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération,...) en précisant les dates et les précautions à prendre : _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

➤ **En cas de régime alimentaire, précisez :**

Sans viande Sans porc Autre : _____

➤ **Votre enfant porte-t-il des lunettes** : Oui Non

➤ **Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives** : Oui Non

➤ **L'enfant porte des prothèses ou appareil dentaire** : Oui Non

➤ **Pour la baignade, l'enfant :**

<input type="checkbox"/> Sait nager	<input type="checkbox"/> Se débrouille	<input type="checkbox"/> Ne sait pas nager
-------------------------------------	--	--

➤ **Autres précisions** : _____

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : _____

Le : _____ **A** : _____

Signature(s) du(des) responsable(s) légal(aux) :

--	--

DOCUMENTS À FOURNIR

- Photocopie du carnet de vaccinations ou certificat médical de vaccinations ou certificat médical de contre-indication ;
- P.A.I (si existant) ;
- Ordonnance (si existante).