

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 :**

☐ Sait nager	☐ Se débrouille	☐ 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).