

### FICHE SANITAIRE

#### III RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  NON  OUI

SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_

*SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS*

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE?  NON  OUI

#### OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

PAR LE MÉDECIN  (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR  (qui indiquera ses noms et adresses)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Centre de Loisirs de Versailles / Satory (78)

Dates du séjour : .....

**ENFANT**

NOM : ..... Prénom : .....

Sexe : féminin  masculin  Date de naissance : .....

Pointure : ..... Taille : ..... cm Poids : ..... Kg

**ADULTE RESPONSABLE**

Père - Mère - Tuteur (rayer la ou les mentions inutiles)

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse habituelle : .....

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone famille : ..... Téléphone professionnel : .....

Adresse durant le séjour de l'enfant : .....

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....



**SECURITÉ SOCIALE**

NOM et Prénom de l'affilié : .....

N° d'immatriculation : .....

CPAM et adresse .....

Mutuelle (NOM et n° d'adhérent) .....

Assurance (NOM et n° d'adhérent) .....

**AUTORISATION PARENTALE**

Nous soussignés père - mère - tuteur (rayer la ou les mentions inutiles)

1. autorisons la direction du centre de loisirs à faire soigner notre fils ou notre fille et à faire pratiquer les interventions d'urgences suivant les prescriptions des médecins.

2. nous engageons à payer les frais médicaux.

3. en cas de renvoi, nous engageons à prendre à notre charge les suppléments dus au retour individuel ainsi que les frais d'accompagnements.

A ..... le .....

Signature

**VACCINS**

**I- VACCINATIONS** (remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
du DT polio		/ /
du DT coq		/ /
du Tétracoq		/ /
d'une prise polio		/ /
Hépatite B		/ /
RAPPELS		/ /

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES		DATES
1er VACCIN	/ /	1er VACCIN	/ /	1er VACCIN	/ /
REVACCINATION	/ /	REVACCINATION	/ /	REVACCINATION	/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		/ /

**II- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /
	/ /