

## L'ENFANT:

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Garçon  Fille

Lieu de séjour : **Pompignan**

## VACCINATION:

Joindre les photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant.  
**POUR LES MINEURS, SI L'ENFANT N'A PAS DE VACCIN OBLIGATOIRE  
JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION**

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:

Groupe Sanguin de l'enfant et Rhésus :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui  non

**Si oui** pour les mineurs joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants :  
(Boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance du médecin, au nom de la personne qui devra administrer les médicaments (nom de la personne du centre, avec son accord).**

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ANGINE :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
SCARLATINE :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
OTITE :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
OREILLONS :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

### ALLERGIES :

ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRE oui  non  AUTRE oui  non  laquelle ?

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

### LES DIFFICULTES DE SANTE

(maladie, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre

### REGIMES ALIMENTAIRES PARTICULIERS :

(diabétique, cholestérol... et joindre le protocole à suivre)

## **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses, auditives ou dentaires etc... **précisez**

**si vous avez d'autres informations à nous communiquer**

Fait-il la sieste ? oui  non  Est-il propre ? Oui  non

S'il s'agit d'une fille, a-t-elle des cycles menstruels ? oui  non

Sait-il nager ? oui  non  (photocopie du certificat ou attestation de natation obligatoire)

**NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT:**

## **LE RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Je soussigné(e) NOM :

.PRENOM

Adresse complète :

TEL. FIXE DOMICILE :

PORTABLE:

BUREAU :

**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 à :**

**(choix du lieu d'hospitalisation)**

Date :

Signature