

Lieu du séjour : _____

Dates du séjour : du : _____ au : _____

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

■ 1 - Identité de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F M

Taille : _____ Pointure : _____ Poids : _____

Niveau de ski : _____ Tour de tête : _____

■ 2 - Vaccinations :

A remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

| VACCINS Obligatoires | Oui | Non | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés et/ou obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/18 | Dates |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|---|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole / Oreillons / Rougeole (R.O.R.) | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Méningocoque C | |
| Ou Tétracoq | | | | Pneumocoque | |
| | | | | Méningite HIB | |
| | | | | Autres (préciser) | |

Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat de contre-indication.

| | NATURE | DATES |
|--------------------|--------|-------|
| INJECTION DE SERUM | | |
| | | |

■ 3 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

| Rubéole | Varicelle | Angines | Rhumatismes | Scarlatine |
|---|---|---|---|---|
| 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 <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | Otites | Asthme | Rougeole | Oreillons |
| 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 <input type="checkbox"/> |

■ 4 - Recommandations des parents (Préciser les régimes alimentaires et allergies).

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? Oui Non

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 ? Oui Non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? Oui Non

■ 5 - Responsable de l'enfant : Père Mère Tuteur

NOM : _____ PRENOM : _____

N° DE TEL. : dom : _____ bureau : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° de S.S. : _____

(Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation vitale).

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Assurance en Responsabilité Civile des parents, nom de la compagnie : _____

N° du contrat : _____

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon enfant à participer aux activités organisées par le centre ADN. J'autorise le responsable du séjour (directeur, instituteur) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales avec ou sans anesthésie) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

DATE : _____ SIGNATURE (Précédée de « lu et approuvé ») : _____

