



## FICHE SANITAIRE

### 1 - ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Fille :  Garçon :

COMITE : Dauphiné.

Club : CO 7 Laux Numéro de licence : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dates des Derniers rappels | Vaccins Recommandés        | Dates |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT polio          |     |     |                            | Autres(préciser)           |       |
| Ou Tétracoq          |     |     |                            |                            |       |
| BCG                  |     |     |                            |                            |       |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

RUBEOLE : OUI  NON  COQUELUCHE : OUI  NON   
VARICELLE : OUI  NON  OTITE : OUI  NON   
ANGINE : OUI  NON  ROUGEOLE : OUI  NON   
SCARLATINE : OUI  NON  OREILLONS : OUI  NON   
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ : OUI  NON

### ALLERGIES :

ASTHME : OUI  NON  MEDICAMENTEUSES : OUI  NON

ALIMENTAIRES : OUI  NON  AUTRES : OUI  NON

Précisez la cause de l'allergie et de la conduite à tenir (si automédication le signaler) : .....

Indiquez ci-après les difficultés de santé et les précautions à prendre :  
.....  
.....

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez : .....

### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse (pendant le séjour) : .....

Tél. fixe et portable domicile : ..... Bureau : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

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

Date :

Signature :