



FICHE SANITAIRE SEJOUR AU TEMPLE/LOT AOUT 2023



Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, puis de nous la remettre rapidement. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées au responsable sanitaire du séjour et, le cas échéant, aux services médicaux. Elle vous sera rendue à la fin du séjour.

Organisme : BC PORTAIS LAURENTAIS
Groupe 1
Dates : du 23.08.23 au 25.08.23
Lieu : LE TEMPLE SUR LOT (47110)
Responsable : BRUNET Xavier

Nom de l'Enfant : _____
Prénom : _____
Sexe : _____
Né(e) le : _____ A : _____
Taille de tee-shirt : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____
ADRESSE :

Coordonnées téléphoniques de la mère :
Domicile : ____/____/____/____/____
Mobile : ____/____/____/____/____
Travail : ____/____/____/____/____

Coordonnées téléphoniques du père :
Domicile : ____/____/____/____/____
Mobile : ____/____/____/____/____
Travail : ____/____/____/____/____

Autre personne à joindre en cas d'urgence (indiquer le nom de la personne)
_____ : ____/____/____/____/____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN DE FAMILLE
DOCTEUR : _____ TELEPHONE : ____/____/____/____/____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

POIDS DE L'ENFANT : _____ KG

TAILLE : _____ CM

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL : OUI NON

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres : _____

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

ETAT DES MALADIES ENFANTINES

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

| MALADIE | OUI | NON | MALADIE | OUI | NON |
|-----------|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|
| Rubéole | | | Coqueluche | | |
| Varicelle | | | Rougeole | | |
| Oreillons | | | Scarlatine | | |
| Otite | | | Rhumatisme articulaire aigu | | |
| Angine | | | COVID 19 | | |

ETAT DES VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ENFANT)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATE DU DERNIER RAPPEL | VACCINS RECOMMANDES | 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, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé - énurésie, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation... - en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.

Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux...)

Votre enfant sait-il nager ?

OUI

NON

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant _____
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise par la présente le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature