



## FICHE SANITAIRE SEJOUR AU TEMPLE/LOT AOUT 2024



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 19.08.24 au 21.08.24  
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 :  
Mobile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Coordonnées téléphoniques du père :  
Mobile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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