



## FICHE SANITAIRE STAGE A PORT-SAINTE-MARIE 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 29.08.24 au 31.08.24
Lieu : PORT-SAINTE-Marie (47130)
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

L'ENFANT SAIT-IL NAGER : 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.

## **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