



FICHE SANITAIRE

ENFANT

GARÇON FILLE

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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

ALLERGIES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE à TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES:

LES **DIFFICULTES DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? Oui Non Occasionnellement

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

Numéros de téléphone :

Mère :

domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père :

domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné(e), _____ responsable légal 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 nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____