

# RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

## Autorisation parentale

Cf. arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L 227-4 du code de l'action sociale et des familles.

1. ENFANT	NOM : _____
	PRENOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

**DATE ET LIEU DE SEJOUR : 5 AU 12 JUILLET 2026 Saxe-Bourdon**

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour ou sera détruite. Elle est confidentielle.*

## 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 RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polyo				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION : LE VACCIN ANTITETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.  
JOINDRE LA COPIE DES PAGES DE VACCINATION DU CARNET DE SANTE

## 3. 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*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### ALLERGIES :

MEDICAMENTEUSES OUI       NON       ASTHME OUI       NON   
ALIMENTAIRES OUI       NON       AUTRES \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

**INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.**

---

---

---

---

---

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS ou DU MEDECIN**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....Précisez. (Notamment ce qu'il faut signaler aux animateurs lors du séjour)

---

---

---

---

---

**5. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TEL FIXE (et portable) DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE (nom) : \_\_\_\_\_

Numéro d'adhérent : \_\_\_\_\_

*Je soussigné \_\_\_\_\_ 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'accepte également que des photos soient prises pendant le séjour à condition qu'il n'en soit fait aucun usage commercial et qu'elles ne soient pas publiées sur internet*

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**OBSERVATIONS**