

FICHE SANITAIRE CLASSES DECOUVERTES

LE SEJOUR:

Ecole : Classe de M / Mme

Date du séjour: Du..... Au.....

PARTICIPANT:

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Prénom

Sexe : M F

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom:

Prénom;

Adresse:

Code postal: Ville:

Tel Portable* :

Tel Travail: Domicile :

Email* :

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom:

Prénom;

Adresse:

Code postal: Ville:

Tel Portable* :

Tel Travail: Domicile :

Email* :

INFORMATIONS SANITAIRES

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE
SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

N° de sécurité sociale :

ALERGIES

Asthme : OUI NON

Alimentaire: OUI NON

Médicamenteuse: OUI NON

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

RECOMMANDATIONS DIVERSES ET DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) A PRENDRE EN COMPTE DURANT LE SEJOUR:
.....
.....

TRAITEMENTS MEDICAUX DURANT LE SEJOUR

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 (même les médicaments sans ordonnances type Doliprane).

INFORMATIONS ALIMENTAIRE

Régime alimentaire :

- Pas de régime particulier
 Régime SANS PORC
 Régime SANS VIANDE (mais avec des oeufs et du poisson)

Allergie/ Intolérance alimentaire :

- Présence d'allergie/ Intolérance alimentaire :

mon enfant ne peut pas manger de:

.....
.....
.....

Allergie/ Intolérance aux « traces » de l'allergène dans l'alimentation:

OUI NON

Symptôme de l'Allergie/ Intolérance (Indisposition, Exéma, œdème...)

.....
.....

L'enfant à il un PAI alimentaire:

OUI NON

L'enfant mange t'il à la cantine scolaire:

OUI NON

Si oui, a il des repas aménagés et de quel façon?

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| Vaccins obligatoires | oui | non | Dates derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
|----------------------|-----|-----|------------------------|----------------------------|----------------|
| Diphhtérie | | | XX/XX/XXXX | Hépatite B | XX/XX/ XXXX |
| Tétanos | | | XX/XX/XXXX | Rubéole-Oreillons-Rougeole | XX/XX/ XXXX |
| Poliomyélite | | | XX/XX/XXXX | Coqueluche | XX/XX/ XXXX |
| Ou DT polio | | | XX/XX/XXXX | Autres (préciser) | XX/XX/ XXXX |
| Ou Tétracoq | | | XX/XX/XXXX | | XX/XX/ XXXX |
| BCG | | | XX/XX/XXXX | | XX/XX/ XXXX |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

MALADIES DEJA CONTRACTES

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

| Maladie | OUI | NON | Maladie | OUI | NON |
|------------|-----|-----|------------------------------|-----|-----|
| RUBEOLE | | | ROUGEOLE | | |
| COQUELUCHE | | | OREILLONS | | |
| VARICELLE | | | SCARLATINE | | |
| ANGINE | | | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE | | |

AUTORISATION DE SOINS et de RECUPERATION

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 mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise aussi le responsable du séjour, en accord avec le médecin et en fonction de la pathologie diagnostiquée, à récupérer l'enfant à l'hôpital pour le reconduire sur le centre.

Date :

Signature :