

COLONIES DE VACANCES – FICHE SANITAIRE



Nom du Séjour :

Date du séjour :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX - ENFANTS

Cette fiche sanitaire permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2026. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

Nom et prénom :

Né(e) le :/...../..... Lieu de naissance : Age :

Sexe :

ENURESIE NOCTURNE: OUI NON PARFOIS

Numéro de sécurité sociale :

Médecin traitant – Nom Numéro :

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoque		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

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 déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
Oui - non	Oui - non	Oui - non	Oui - non	Oui - non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
Oui - non	Oui - non	Oui - non	Oui - non	

Allergies

ASTHME oui - non **ALIMENTAIRES** oui - non **MEDICAMENTEUSES** oui - non

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

En cas de régime alimentaire, précisez : **SANS VIANDE** **SANS PORC**

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Je soussigné(e)
Responsable légal de l'enfant
Déclare exact les renseignements portés sur ce document.

J'autorise mon enfant à participer aux séjours et activités organisées par "L'association multisports Sérignan-du-Comtat" lors des colonies de vacances

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (consultations médicales, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :/...../.....

Fait à :

Signature :