



FICHE SANITAIRE : Séjour du 18 au 22 mars 2019

Ce document permet de délivrer les informations nécessaires à une prise en charge de votre enfant en toute sécurité.

Enfant : Nom :Prénom :
Date de naissance :Sexe : M ou F Classe :

Responsable de l'enfant

Mère : NomPrénom :
Adresse :
Tél : domicile : ; portable : ; travail :
Nom de l'employeur :

Père : Nom :Prénom :
Adresse :
Tél : domicile : ; portable : ; travail :
Nom de l'employeur :

CPAM : Lieu :N° assuré :
MUTUELLE : Nom - adresse :
.....N° assuré :
Médecin traitant : Nom – VilleN° téléphone :

Renseignements concernant l'enfant

Mon enfant présente-t-il une **allergie alimentaire** ? Oui Non **Autre allergie** :

Si oui, à quoi est-il allergique ? **asthme** ? Oui Non

Préciser la conduite à tenir :

Mon enfant doit prendre un médicament (maladie ou mal des transports) : Oui Non

Pour que cette prise de médicament soit possible durant le séjour et au retour pour le mal des transports, je joins **OBLIGATOIREMENT** les médicaments, l'**ordonnance** et la **fiche PAI** sinon le médicament ne sera pas administré.

Vaccinations (Fournir les photocopies)

	Oui	Date du dernier rappel	Non
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

Mon enfant a déjà eu :

Oreillons ; Varicelle ; Rougeole ; Rubéole ; Angine ;
Coqueluche ; Otite ; Rhumatisme articulaire

Mon enfant a déjà été opéré : NON

OUI Quelle opération ? :Quelle date ?

Autres recommandations :
.....

Informations complémentaires

Mon enfant porte :

• des lentilles : OUI NON

• des lunettes : OUI NON Une 2^{ème} paire de lunettes (à remettre à l'enseignant) : OUI NON

Autres objets utiles au séjour remis à l'enseignante :

Autres recommandations :

Régime alimentaire :

Mon enfant ne mange : pas de viande de porc pas de viande pas de

Autorisations

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives, aux attractions adaptées à son âge et à sa taille : OUI NON

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (premiers soins, consultation médicale, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à

le

Signature des responsables légaux