



Fiche enfant - recommandations sanitaires

Enfant

Nom et prénom _____	N° Allocataire _____
Né(e) le ____ / ____ / _____	Ecole _____

Responsables

Nom et prénom	Adresse	Téléphone	E-mail
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Contacts, déplacement de l'enfant

habilité (1)	Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Principal	Profession Employeur
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____

(1) : habilité à venir chercher l'enfant

Informations médicales, observations spéciales

Médecin traitant	_____	tél : _____	
Rentre seul	<input type="checkbox"/>	si oui, à partir de ____ h ____	
Observations			
Allergies connues	<input type="checkbox"/> Alimentaires	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Autres
	<input type="checkbox"/> Médicamenteuse		
L'enfant a eu les maladies suivantes	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oreillons
	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire	<input type="checkbox"/> Rougeole
	<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Varicelle
L'enfant porte :	<input type="checkbox"/> autres	<input type="checkbox"/> des lentilles	<input type="checkbox"/> des lunettes
	<input type="checkbox"/> des prothèses auditives	<input type="checkbox"/> des prothèses dentaires	
Vaccinations effectuées	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> Coqueluche
	<input type="checkbox"/> Diphtérie	<input type="checkbox"/> DT polio	<input type="checkbox"/> Hépatite B
	<input type="checkbox"/> Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/> Tétanos
	<input type="checkbox"/> Tétracoq		

Je soussigné(e) responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____	Date ____ / ____ / ____
Signature	Signature	Signature	Signature