

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos					
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac				MONOTEST	
Prévenar					

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES ASTHME oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

[illegible]

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...
PRECISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :

.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

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.

Date :

Signature

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE LA STRUCTURE

ACCUEIL DE LOISIRS " LE FOULETOT "
FRANCAS DU JURA 2 RUE DES PESIERES
39150 ST LAURENT EN GRANDVAUX

Tél. : 03.84.60.22.83 Fax : Email : clsh.saintlaurent@orange.fr

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....