



## Stage de reprise - Séjour du 30/8 au 1<sup>er</sup>/9/2017 – FICHE SANITAIRE

### ENFANT stagiaire

NOM : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
N° SS : .....

### Responsable légal du mineur

NOM : .....  
Prénom : .....  
N° tél. fixe : .....  
N° tél. portable : .....

Médecin traitant : D<sup>r</sup> ..... à .....  
Téléphone : .....

### Vaccins

Joindre la copie des pages *Vaccinations* du carnet de santé ou un certificat de contre-indication.

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON  
Si oui, joindre OBLIGATOIREMENT une ordonnance récente et le traitement correspondant (médicaments dans leurs boîtes d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice et la posologie).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

### Allergies

ASTHME	OUI	NON
MEDICAMENTEUSES	OUI	NON
ALIMENTAIRES	OUI	NON

AUTRES (exemple : crème solaire), à préciser : .....  
Préciser la cause de l'allergie (médicament(s), aliment(s)...) et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) ou, si besoin, le régime alimentaire.

### Autres difficultés de santé

Indiquer ci-après les difficultés de santé éventuelles de votre enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Je soussigné.e, ....., responsable légal de l'enfant sus-nommé, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence.

A ..... le .....

Signature :