



Stage de reprise - Séjour du 27 au 29 août 2018 - FICHE SANITAIRE

ENFANT stagiaire

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
N° séc. sociale :

Responsable légal du mineur

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

Médecin traitant : D^f 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 PRECAUTIONS A PRENDRE.

Je/Nous soussigné/e/s, ,
responsable/s légal/aux de l'enfant sus-nommé/e, déclare/ons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise/ons 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(s)