

# LES VACANCES CONSTELLÉES

## FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

### L'enfant

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : garçon  fille

### Les parents

Noms et prénoms des représentants légaux : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

personne.s autorisée.s à récupérer l'enfant : \_\_\_\_\_

agit en tant que décharge s'il ne s'agit pas du représentant légal

3-6 ans Gisèle Calmy  6-11 ans Léon Dierx

j m m j a o

zone réservée à l'administration

régime alimentaire : \_\_\_\_\_

### 1. VACCINATION

se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant

vaccins obligatoires	OUI	NON	date du dernier rappel
diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
poliomyélite ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ou tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
vaccins recommandés	OUI	NON	date du dernier rappel
hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
rubéole oreillons rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
haemophilus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
autres précisez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### 2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit un traitement médical spécifique pendant l'accueil  
 OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et un certificat médical ou un PAI, ainsi que les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. (tout médicament doit être dans son emballage d'origine incluant la notice d'utilisation et marqué au nom de l'enfant)

### 3. MALADIES

	OUI	NON
rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rhumatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. DISPOSITIF MEDICAL

	OUI	NON
lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lentilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prothèses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

si oui, précisez le port de toutes les prothèses (ex. auditives, dentaires, ect.)  
 \_\_\_\_\_

### 5. ALLERGIES

vaccins obligatoires	OUI	NON	
alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui précisez _____
médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui précisez _____
autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui précisez _____

précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)  
 \_\_\_\_\_

### 6. PARTICULARITE

L'enfant présente un problème de santé particulier qui nécessite des précautions à prendre (maladie, accident, comportement particulier, hospitalisation, rééducation, crises convulsives) OUI  NON   
 si oui, précisez  
 \_\_\_\_\_

Je soussigné.e, \_\_\_\_\_ responsable légale.e 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 mon enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon de l'hôpital après une hospitalisation.

### LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

N° de téléphone: \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale de l'enfant : \_\_\_\_\_

Fait le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Signature des responsables légaux : \_\_\_\_\_