

Mercredis constellés

FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)

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 :

Périodes choisies : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

régime alimentaire :

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"/>

5. ALLERGIES

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

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

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 prothèse.s (ex. auditives, dentaires, ect.)

Je soussigné.e,
responsable légale 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 :

