

Mercredis constellés

FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES *

L'enfant

Nom : [REDACTED]
Prénom : [REDACTED]
Date de naissance : [REDACTED]
Sexe : garçon fille

Périodes choisies : 1 2 3 4 5



régime alimentaire : [REDACTED]

Les parents

Noms et prénoms des représentants légaux : [REDACTED]

Adresse postale : [REDACTED]

N° de téléphone : [REDACTED]

E-mail : [REDACTED]

personne.s autorisée.s à récupérer l'enfant : [REDACTED]

1. VACCINATION

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

| vaccins obligatoires | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | date du dernier rappel |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------|
| diphthérie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [REDACTED] |
| tétanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [REDACTED] |
| poliomylérite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [REDACTED] |
| ou DT polio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [REDACTED] |
| ou tétracoq | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [REDACTED] |
| BCG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [REDACTED] |
| vaccins recommandés | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | date du dernier rappel |
| hépatite B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [REDACTED] |
| rubéole oreillons rougeole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [REDACTED] |
| coqueluche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [REDACTED] |
| haemophilus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [REDACTED] |
| pneumocoque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [REDACTED] |
| autres précisez | [REDACTED] | | |

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 <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
|------------|------------------------------|------------------------------|
| rubéole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| varicelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| rhumatism | <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 <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
|-----------|------------------------------|------------------------------|
| 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

| | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| vaccins obligatoires | | |
| alimentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| médicamenteuse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

si oui précisez [REDACTED]
si oui précisez [REDACTED]
si oui précisez [REDACTED]

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, [REDACTED] responsable légal.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 : [REDACTED]

N° de téléphone : [REDACTED]

N° de sécurité sociale de l'enfant : [REDACTED]

Fait le : [REDACTED] à : [REDACTED]

Signature des responsables légaux : [REDACTED]

