

Fiche sanitaire

A amener au départ de l'enfant ou à mettre dans son sac (NE PAS NOUS L'ENVOYER)

I. Séjour

Centre : Du/...../..... au/...../..... Réf :
Nom du séjour :

II. Enfant

Nom : Prénom :
Sexe M F Date de naissance :/...../.....
Poids : kg

III. Responsable de l'enfant

Nom :
Adresse :
Code postal Ville Pays
Tel. pendant le séjour

IV. Vaccinations

(A remplir à partir du carnet de santé ou des certifications de vaccination de l'enfant. Joindre, sous enveloppe cachetée portant le nom de l'enfant, la copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.o.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
<u>ou</u> DT Polio				BCG	
<u>ou</u> Tétracoq				Autres (préciser)	
<u>ou</u> Pentacoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec cette fiche sanitaire. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication et est donc obligatoire.

V. Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, lequel ?
.....
.....

Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant) au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Doit-il garder des médicaments en permanence sur lui ?
.....
.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes articulaires aigus
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Scarlatine
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'enfant fait-il de l'asthme ?
 Allergique A l'effort Non

Allergies :
Asthme : Oui Non Médicamenteuses : Oui Non
Alimentaires : Oui Non Autres : Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....
.....
.....
.....
.....

Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

VI. Recommandations des parents

D'ordre médical (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc.) :

D'ordre général (régime alimentaire spécifique, comportement, etc.) :

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

VII. Divers

Au cas où vous seriez vous-même en vacances pendant le séjour de votre enfant, pouvez-vous nous indiquer comment vous joindre (adresse et numéro de téléphone) ?

Si vous souhaitez vous faire représenter par une tierce personne lors du retour de votre enfant, merci de préciser le nom de la personne venant le chercher ainsi que le lieu (centre, gare, lieu intermédiaire).

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Téléphone :

N.B. : le représentant du séjour est habilité à demander de justifier de son identité à toute personne qui vient chercher l'enfant.

Si vous l'autorisez à quitter seul le groupe, précisez à quel moment (du centre, en cours de trajet ou à l'arrivée du train)

Je soussigné(e),, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et de la Charte de Qualité et de Sécurité de Telligo et les accepter. J'autorise le directeur du séjour à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales). Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées.

Fait à

Le

Signature des parents ou tuteurs