



FICHE SANITAIRE DE SANTÉ

SÉJOUR

Nom du
séjour

Dates
du séjour

ENFANT

Nom & Prénom
de l'enfant

Date de
naissance

SEXE F M

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice). **Aucun médicament ne sera pris sans ordonnance.**

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

Asthme OUI NON Alimentaires OUI NON

Médicamenteuses OUI NON Autres OUI NON

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

VOTRE ENFANT PORTE -T-IL DES LUNETTES, PROTHÈSES
AUDITIVES OU DENTAIRES INDISPENSABLES? OUI NON

DATE DU DERNIER RAPPEL DT POLIO :

DERNIÈRES DATES DE VACCINS :

INFORMATIONS DE RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé (énurésie, maladie, accident, opérations...), en précisant les dates et les précautions à prendre :

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné(e)

responsable légal(e) de l'enfant

déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature **OBLIGATOIRE**

RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) DE L'ENFANT

Nom &
Prénom

Adresse

Mail

COORDONNÉES DE LA MÈRE

Nom &
Prénom

Tél
Portable

Tél
Travail

Mail

Je souhaite participer au groupe Whatsapp OUI NON

COORDONNÉES DU PÈRE

Nom &
Prénom

Tél
Portable

Tél
Travail

Mail

Je souhaite participer au groupe Whatsapp OUI NON

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		