

Cette fiche permet aux organisateurs du séjour de mieux connaître votre enfant et ses besoins particuliers. Merci de la remplir avec la plus grande précision.

**Enfant :**

Nom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : ..... / ..... / .....	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

**1. Vaccinations :** Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Vaccins	Date dernier rappel
DTP (obligatoire)	
BCG (tuberculose)	
Coqueluche	
Hépatite B	
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)	
Autres :	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**2. Traitements médicaux en cours :**

L'enfant suit-il un traitement pendant le séjour ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** et les médicaments correspondants (dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant).

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE**

.....

.....

.....

**3. Allergies :**

Alimentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre (précisez) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---	---

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

.....

.....

.....

**4. Problèmes de santé actuels et passés :**

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisations, crises convulsives, évanouissements fréquents, crises d'angoisse, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....  
.....  
.....

**5. Points d'attention concernant l'enfant :**

Exemple : troubles du sommeil, somnambulisme, énurésie, saignements de nez, hyperactivité, handicap, prothèses dentaires et auditives, port de lunettes ou lentilles de contact, règles douloureuses, ...

.....  
.....  
.....  
.....

➤ Régime alimentaire particulier :  Oui  Non

Précisez : .....

**4. Coordonnées des responsables légaux de l'enfant, à prévenir en cas d'urgence :**

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone 1	Téléphone 2

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature :