FICHE SANITAIRE ACCUEILS DE LOISIRS

(Mise à jour août 2023)

TERNOISCOM — JEUNESSE —

Cette fiche, éditée par le ministère de la Jeunesse et des Sports, inscrite au Code de l'Action sociale et des Familles, permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Il vous est demandé de la remplir avec précision – l'intégralité des renseignements peuvent nous être très précieux. Les renseignements portés sur cette fiche sont strictement confidentiels et ne seront utilisés que par le directeur du séjour ou l'animateur en charge du suivi de votre enfant, si nécessaire.

NOM : .....
Prénom de l'enfant : .....

Pour une première inscription uniquement

Il est de votre responsabilité de nous faire connaître toutes modifications (même minimes) concernant le suivi sanitaire de votre enfant et de nous transmettre les mises à jour concernant les documents d'assurance en responsabilité civile.

• VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		Hépatite B			
Tétanos		Rubéole – Oreillons - Rougeole			
Poliomyélite		Coqueluche			
Ou DT polio		BCG			
Ou Tétracoq		Autres (préciser)			

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.

• MEDECIN TRAITANT

Dr	Adresse …… Tel ……

• L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LA SESSION ?

OUI ☐ NON ☐

***Si OUI**, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant et avec la notice)*

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

• VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	**VARICELLE** OUI ☐ NON ☐	**ANGINE** OUI ☐ NON ☐	**SCARLATINE** OUI ☐ NON ☐	**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ** OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	**OTITE** OUI ☐ NON ☐	**ROUGEOLE** OUI ☐ NON ☐	**OREILLONS** OUI ☐ NON ☐	

• ALLERGIES :

ASTHMES Oui ☐ ☐ Non

MEDICAMENTEUSES Oui ☐ ☐ Non *Précisez :*

ALIMENTAIRE Oui ☐ ☐ Non

AUTRES Oui ☐ ☐ Non *Précisez :*

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir ***(si auto médicamentation le signaler)***

. . . . . .

• **VEUILLEZ INDIQUER :** Les **DIFFICULTES DE SANTE** (maladie – accident – crises convulsives – hospitalisation – opération – rééducation) en précisant les dates et les **PRECAUTIONS A PRENDRE.**

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

• **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :** Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires – **NOTIFIER EGALEMENT LES RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES (régime – contre-indications)**

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .