

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
Coqueluche				Tuberculose	
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)				Grippe saisonnière	
Hépatite B				Covid-19	
Méningocoque C				BCG (Tuberculose)	
Haemophilus Influenza b					
ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)				Autres (Précisez)	
Méningite, Pneumonie et septicémie à pneumocoque					

Renseignements médicaux concernant l'enfant

❖ L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non
(Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants, dans leur emballage d'origine et marqués au nom de l'enfant).

❖ L'enfant est-il énurétique ? Oui Non

❖ L'enfant a-t-il déjà eu une des maladies suivantes ?

Rubéole : Oui Non

Varicelle : Oui Non

Coqueluche : Oui Non

Rougeole : Oui Non

Oreillons : Oui Non

Otites : Oui Non



❖ L'enfant est-il sujet aux allergies suivantes :

Asthme : Oui Non

Alimentaire : Oui Non

Médicamenteuse : Oui Non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

D'autres éléments sont-ils à prendre en considération ? Infos utiles, difficultés, recommandations...

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE POSTALE :

N° Sécurité Sociale :



.....



.....

NOM et TÉLÉPHONE du médecin traitant :

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant
....., déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise l'enseignant(e) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement,
hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :

