**FICHE SANITAIRE**

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

* VACCINATION : Tétanos : OUI NON

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

* TRAITEMET EN COURS :

 L’enfant suit-il un traitement médical ? 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 avec la notice).*

*Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

* 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)*

NOM des Parents pouvant être joint en cas de nécessité (ou du responsable) :

ADRESSE :

TEL :

Éventuellement les NOMS ET TEL DU MEDECIN TRAITANT :

*Je soussigné, 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l’état de l’enfant.*

Date :

Signature :