

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

## INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Sexe :  garçon  fille

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Votre enfant dort avec :  doudou  tétine  rien

L'enfant mouille-t-il son lit ?  oui  non  occasionnellement

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ?  oui  non

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT

Nom du médecin traitant : Dr \_\_\_\_\_

Téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

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

Si oui lequel : \_\_\_\_\_

**Veillez alors joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).**

**Aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance !**

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- |  |  |
|--|--|
| • RUBEOLE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                    | • COQUELUCHE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • VARICELLE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  | • OTITE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON      |
| • ANGINE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                     | • ROUGEOLE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
| • RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • OREILLONS : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |
|  | • SCARLATINE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Votre enfant a-t-il de l'asthme ?  OUI  NON

Si oui, veuillez préciser le protocole à suivre : \_\_\_\_\_

*Liste des allergies :*

- Alimentaires :  OUI  NON
  - Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
  
- Médicamenteuses :  OUI  NON
  - Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
  
- Autres ? (Crème solaire, lotion anti moustique...):  OUI  NON
  - Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?  OUI  NON

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Votre enfant présente-t-il une situation de handicap ? troubles autistiques ? hyper activité ?

OUI  NON

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

Précisez si l'enfant connaît des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ...../...../.....

Signature