



FICHE SANITAIRE

Merci de remplir ce document, de le signer et le renvoyer le plus rapidement possible à :
SPLASH AVENTURES - 20 Place des Tourterelles 34980 Saint Clément de rivière

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant.
Elle évite de vous munir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

I. ENFANT			
Prénom :	Nom :	Date de Naissance :	/..... / 20.....
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Séjour :	Du	Au / / 20.....

II. VACCINATIONS Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.		
ANTIPOLIOMYEUTIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUES – ANTICOQUELUCHE		
Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
du DT polio		
du DT coq		
du Tetracop RAPPELS		
de l'Hépatite B		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
	Dates	Dates
1 ^{er} Vaccins		
Revaccination		
Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?		

INJECTION DE SERUM	NATURE	DATES

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT				
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?				
RUBEOLE <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	VARICELLE <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	ANGINES <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	RHUMATISME <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	OTITES <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	ASTHME <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	OREILLONS <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)				
..... /...../.....				
..... /...../.....				

IV. RECOMMANDATION DES PARENTS
.....
.....
Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si Oui le Quel ?
.....
Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.
L'enfant mouille-t-il son lit ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Oui S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Je soussigné(e).....

responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

A....., le

Signature :