



Code de l'action sociale et des familles

FICHE SANITAIRE

1 par enfant

Cerfa
n°10008*02

Enfant: Fille Garçon

Nom: Prénom:

Date et lieu de naissance:

Accueil:

- Séjour de vacances Accueil de loisirs Temps Péricolaires
 Restauration

I- Vaccinations: (joindre photocopies des vaccins)

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi?

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

II- Renseignements médicaux:

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour (colonie, camp ados)?

- oui non

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

Attention: **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Varicelle			Rhumatismes		
Rougeole			Oreillons		
Asthme			Angines		
Coqueluche			Rubéole		
Scarlatine			Otites		



Code de l'action sociale et des familles

FICHE SANITAIRE

1 par enfant

Cerfa
n°10008*02

Enfant: Fille Garçon

Nom: Prénom:

Date et lieu de naissance:

Accueil:

- Séjour de vacances Accueil de loisirs Temps Péricolaires
 Restauration

I- Vaccinations: (joindre photocopies des vaccins)

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi?

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

II- Renseignements médicaux:

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour (colonie, camp ados)?

- oui non

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

Attention: **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Varicelle			Rhumatismes		
Rougeole			Oreillons		
Asthme			Angines		
Coqueluche			Rubéole		
Scarlatine			Otites		

Allergies: Médicamenteuses oui non asthme oui non
Alimentaires oui non autres oui non

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

.....
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....

III - Recommandations utiles:

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc.....

IV - Responsable légal ou responsables légaux de l'enfant:

RESPONSABLES LEGAUX		
Nom		
Prénom		
Adresse		
Portables en cas d'urgence		

Caisse de sécurité sociale

Régime général Autres

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

En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille en vue d'éventuel(s) remboursement(s)).

« J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement (en cas de problème de santé). Cf. Délibération n° 2015-433 du 12 décembre 2015 »

A Notre Dame de Bondeville, le

Signature

Allergies: Médicamenteuses oui non asthme oui non
Alimentaires oui non autres oui non

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

.....
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....

III - Recommandations utiles:

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc.....

IV - Responsable légal ou responsables légaux de l'enfant:

RESPONSABLES LEGAUX		
Nom		
Prénom		
Adresse		
Portables en cas d'urgence		

Caisse de sécurité sociale

Régime général Autres

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

En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille en vue d'éventuel(s) remboursement(s)).

« J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement (en cas de problème de santé). Cf. Délibération n° 2015-433 du 12 décembre 2015 »

A Notre Dame de Bondeville, le

Signature