

FICHE SANITAIRE VVHB

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Garçon Fille Semaine inscrite : 27 28 29 30 31 32

VACCINATIONS (veuillez joindre une copie des vaccins de votre carnet de santé)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente, le PAI et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

Varicelle OUI NON Otite OUI NON

ALLERGIES

Asthme OUI NON Médicamenteuse OUI NON Alimentaires OUI NON
 Si oui, précisez : _____ Si oui, précisez : _____

Autres : _____

Les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre

Accidents sportifs (entorse, fracture) OUI NON Hospitalisation dans l'année OUI NON
 Si oui, précisez : _____ Si oui, précisez la date : _____

Antécédents médicaux OUI NON Antécédents Chirurgicaux OUI NON
 Si oui, précisez : _____ Si oui, précisez : _____

Crises convulsives OUI NON

Recommandations utiles par les parents

Port de lunettes OUI NON Lentilles OUI NON

Difficultés de sommeil OUI NON Appareils dentaires OUI NON

Enurésie nocturne OUI NON Appareils auditifs OUI NON

Autres (comportement de l'enfant) OUI NON Si oui, précisez : _____

Responsable légal de l'enfant

NOM et prénom parent 1 : _____ NOM et Prénom parent 2 : _____

Adresse (pendant le séjour) : _____

CP et Ville : _____

Portable parent 1 : _____ Portable parent 2 : _____

Nom du médecin et numéro de téléphone (facultatif) _____

Je soussigné (e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Numéro de sécurité sociale : _____

Nom de l'assuré : _____

Date

Signature