



SUIVI DE L'ENFANT

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :

Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les vacances de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE:

CP : VILLE :

TEL.FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

ADRESSE MAIL :

PROFESSIONS ET EMPLOYEURS DES PARENTS :

PERE : Profession : MERE : Profession :

Employeur : Employeur :

N° allocataire CAF obligatoire :

2- VACCINATIONS + copie du carnet obligatoire.

Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie				Coqueluche			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				Méningocoque C			
Rougeole				Pneumocoque			
Oreillons				Bactérie Haemophilus Influenzae			
Rubéole							

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les vacances ? Oui Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de 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 un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Si oui joindre le PAI

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME : Oui Non MEDICAMENTEUSES : Oui Non

ALIMENTAIRES : Oui Non AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

.....
.....

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ECT... PRECISEZ.

.....
.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

.....
PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT APRES L'ACCUEIL :

.....

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 nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :