

# FICHE SANITAIRE - Auberge TILCARA

Prénom de l'enfant : _____	NOM: _____
Date de naissance : ___/___/___	Âge : ___
Poids : _____	Taille : _____
	Genre : F / G

Numéro d'affiliation à la Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

## VACCINATION - Joindre en plus de ce tableau la photocopie du carnet de vaccination

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES Rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES Rappels
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole / Oreillons / Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				BCG	
				Autres	

## ANTECEDENTS : l'enfant a-t-il déjà eu ...

RUBEOLE OUI / NON	VARICELLE OUI / NON	ANGINE OUI / NON	SCARLATINE OUI / NON	OTITE OUI / NON
COQUELUCHE OUI / NON	ROUGEOLE OUI / NON	OREILLONS OUI / NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI / NON	

## ALLERGIES – Précisez les causes et conduite à tenir

Médicamenteuses OUI / NON	Précisez :
Alimentaires OUI / NON	Précisez :
Autres dont <b>ASTHME</b> OUI / NON	Précisez :

## L'ENFANT ...

	Oui	Non	Précisions
Est-il sujet aux crises d'épilepsie ?			
Porte-t-il des lunettes / lentilles de contact ?			
Porte-t-il un appareil dentaire ?			
Est-il énurétique et/ou encoprétique ?			
Si c'est une fille, est-elle réglée ?			
Sait-il nager ?			

## TRAITEMENTS

### L'enfant suit-il un traitement ? OUI / NON

Précisez \_\_\_\_\_

→ Si oui, joindre impérativement une ordonnance de moins de trois mois en référence à la date du séjour. Nous ne sommes pas autorisés à administrer un traitement sans ordonnance à jour. Nous ne laissons aucun médicament à disposition des enfants (sauf contre-indication médicale précisée, ex : ventoline)

→ Il en va de même pour tout Doliprane, Spasfon, etc... : pensez à les faire prescrire par votre médecin si l'enfant est sujet à des maux chroniques (migraines, règles douloureuses...) afin d'éviter de nous rendre en consultation pendant le séjour.

Nous vous invitons à compléter cette fiche sur papier libre pour préciser toute situation particulière (phobies, crises d'angoisse, rituels, troubles de l'alimentation...).

L'accès à ces informations nous permet d'assurer la sécurité physique, morale et affective de l'enfant.

Je soussigné \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :