

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ oui ☐ non

L'enfant a-t-il un PAI ? ☐ oui ☐ non

*Si oui, joindre une ordonnance récente, le PAI et les médicaments correspondant, dans leurs boîtes d'origine et marquées au nom de l'enfant avec la notice*

### Allergies :

Asthme ☐ oui ☐ non Alimentaires ☐ oui ☐ non Médicamenteuse ☐ oui ☐ non Autres .....

Précisez la cause de l'allergie et conduite à tenir : .....

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

|                   |         |                  |         |                                    |         |
|-------------------|---------|------------------|---------|------------------------------------|---------|
| <b>Coqueluche</b> | oui non | <b>Angine</b>    | oui non | <b>Rhumatisme articulaire aigu</b> | oui non |
| <b>Otite</b>      | oui non | <b>Oreillons</b> | oui non | <b>Varicelle</b>                   | oui non |
| <b>Rougeole</b>   | oui non | <b>Rubéole</b>   | oui non | <b>Scarlatine</b>                  | oui non |

Indiquez ci-après les difficultés de santé de l'enfant (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

## BESOIN.S SPÉCIFIQUE.S DE L'ENFANT

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, des couches, etc. Précisez. ....

.....

**Autre.s besoin.s** (couches, siestes, attentions particulières, etc.) : .....

.....

**Régime alimentaire de l'enfant :** ☐ standard ☐ végétarien ☐ sans porc ☐ adapté au PAI

**Baignade :** ☐ sait nager ☐ se débrouille ☐ ne sait pas nager ☐ possède le test d'aisance aquatique

## VACCINATIONS : (LES VACCINATIONS SUIVIS D'UNE \* SONT OBLIGATOIRES)

|                     |         |                   |                          |         |                   |
|---------------------|---------|-------------------|--------------------------|---------|-------------------|
| <b>DTP*</b>         | oui non | ...../...../..... | <b>Méningocoque C*</b>   | oui non | ...../...../..... |
| <b>Coqueluche*</b>  | oui non | ...../...../..... | <b>ROR*</b>              | oui non | ...../...../..... |
| <b>HIB*</b>         | oui non | ...../...../..... | <b>Papillomavirus</b>    | oui non | ...../...../..... |
| <b>Hépatite B*</b>  | oui non | ...../...../..... | <b>Grippe</b>            | oui non | ...../...../..... |
| <b>Pneumocoque*</b> | oui non | ...../...../..... | <b>Autres (préciser)</b> |         |                   |

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication*

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, .....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le/la responsable 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.

À ....., Le .....

Signature :