FICHE MEDICALE	Nom de l'élève……	Prénom…….
CONFIDENTIELLE	Date de naissance…….……	Classe……

DATES ET LIEU DU SEJOUR :…….

1°) VACCINATIONS

Vaccinations obligatoires	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	Vaccinations recommandées	DATES
DTCP				Hépatite B	
				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Coqueluche	
				BCG	

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

2°) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ 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.

3°) ALLERGIES

Asthme ☐ OUI ☐ NON Médicamenteuses ☐ OUI ☐ NON

Alimentaires ☐ OUI ☐ NON Autres : ……

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (en cas d'automédication merci de le signaler)

……
……

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

……
……

Autres recommandations utiles :

……
……

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM…….. PRENOM :……

ADRESSE (pendant le séjour) :……

TELEPHONES FIXE ET PORTABLE…… BUREAU…….

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :…….

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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :