

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

Vous pouvez joindre les photocopies du carnet de santé le cas échéant

2°) 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.

I, the undersigned,, legal guardian of the child, declare that the information on this form is correct and authorise the person responsible for the stay to take, if necessary, all measures (medical treatment, hospitalisation, surgical intervention) made necessary by the child's condition.

Date :

Signature :