



FICHE SANITAIRE

NOM DU SEJOUR :

DATES DU SEJOUR :

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____ Age : _____ Sexe : M F
Nom, prénom (responsable de l'enfant) : _____ père mère tuteur légal
Adresse : _____
Tél. dom : _____ Tél. travail : _____
Port. père : _____ Port. mère : _____
N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant : _____
N° de mutuelle, nom et adresse : _____

**IMPORTANT : Vous devez être joignable pendant toute la durée du séjour de votre enfant.
En cas d'absence imprévue, signalez la ou les autre(s) personne(s) à prévenir :**

Mr ou Mme : _____ N° de téléphones : _____

ANTECEDENTS MEDICAUX

Les renseignements ci-dessous sont strictement confidentiels.

Pour que votre enfant évolue en toute sécurité, précisez toutes les informations qui vous semblent utiles.

Précisez également ce qui doit être su par le médecin en cas de maladie ou accident.

Asthme oui non Convulsions oui non Otites oui non Varicelle oui non

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Votre enfant a-t-il été opéré de l'appendice ? oui non date : _____

Autres opérations : _____

Hospitalisations (dates et motifs) : _____

Rééducations (dates et motifs) : _____

L'ETAT DE SANTE DE VOTRE ENFANT

Portera-t-il un appareil dentaire ? oui non Si oui, quand devra-t-il le porter ? _____
Viendra-t-il avec des lunettes de vue ? oui non Si oui, quand devra-t-il les porter ? _____
Suit-il habituellement un traitement ? oui non Si oui, lesquels ? _____
Suivra-t-il un traitement pendant le séjour ? oui non Si oui, lequel ? _____
Contraintes ou régime alimentaire ? oui non Si oui, lesquels ? _____
Est-il allergique ? oui non à quoi ? _____
Mouille-t-il son lit ? oui non régulièrement occasionnellement
Pour une fille, est-elle réglée ? oui non

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

