



Document confidentiel, à conserver sous enveloppe cachetée et à détruire en fin d'activités

UNITÉ :

Fiche "Activités" du / / au / /

Fiche "Camp" du / / au / /

ENFANT :

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

Joindre à ce document une copie de **l'attestation des droits** (Assurance maladie)
et une copie de **l'attestation de mutuelle** complémentaire des parents.

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

Préciser le numéro de téléphone des personnes pendant les activités / le camp.

NOM :

Prénom :

Tél :

Lien avec l'enfant :

NOM :

Prénom :

Tél :

Lien avec l'enfant :

NOM :

Prénom :

Tél :

Lien avec l'enfant :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Taille : cm Poids : kg

L'enfant,

- | | | |
|---|-----|-----------------------|
| • Suit-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? | OUI | NON |
| Si oui, joindre le protocole et toutes les informations utiles. | | |
| • Mouille-t-il sont lit ? | OUI | OCCASIONNELLEMENT NON |
| • Est-elle réglée (s'il s'agit d'une fille) ? | OUI | NON |
| • Porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc ? | OUI | NON |

Préciser

> VACCINATIONS

Merci de joindre une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations ou attestation du médecin. Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

> ALLERGIES

Asthme	OUI	NON	Médicamenteuse	OUI	NON
Alimentaire	OUI	NON	Autre	OUI	NON

Préciser

➤ HISTORIQUE MÉDICAL SIGNIFICATIF

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

Rubéole	OUI	NON	Coqueluche	OUI	NON
Varicelle	OUI	NON	Rougeole	OUI	NON
Rhumatisme articulaire	OUI	NON	Oreillons	OUI	NON
Scarlatine	OUI	NON	Otite	OUI	NON

- L'enfant a-t-il (eu) des problèmes de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducations, etc...) ?

Merci de préciser pour chaque problème les date(s) et précaution(s) à prendre :

TRAITEMENT MEDICAL ET CONDUITE À TENIR :

- L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- Causes et conduite à tenir concernant les allergies de l'enfant

Je, soussigné(e), _____ responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise en outre le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date / /

Signature :

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR (À L'ATTENTION DE LA FAMILLE) :

OBSERVATIONS :