

À quoi sert ce document. Il est lu avant le départ par le directeur et l'assistant sanitaire, et reste accessible pendant tout le séjour. C'est sur lui que repose la prise en charge de votre enfant. Informations confidentielles.

1 L'enfant

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

SÉJOUR ET DATES

POIDS INDICATIF

2 Vaccinations

Joindre la copie des pages de vaccination du carnet de santé, ou une attestation du médecin. Sans ce document, le départ ne peut pas être autorisé.

Vaccin	Date du dernier rappel	Observations
Diphtérie · Tétanos · Poliomyélite (DTP)		
Coqueluche		
Haemophilus influenzae B · Hépatite B		
Pneumocoque · Méningocoque C		
Rougeole · Oreillons · Rubéole (ROR)		

3 Antécédents médicaux

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

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Angine ☐ Scarlatine ☐ Coqueluche ☐ Otite ☐ Rougeole ☐ Oreillons

☐ Rhumatisme articulaire aigu

OPÉRATIONS, HOSPITALISATIONS, ACCIDENTS (PRÉCISER LES DATES)

4 Allergies

Type	Oui / Non	Nature précise et conduite à tenir
Alimentaires		
Médicamenteuses		
Asthme		
Autres (pollens, piqûres, animaux...)		

Allergie sévère. Joignez la trousse d'urgence et le projet d'accueil individualisé (PAI), et appelez-nous avant l'inscription. Sur certains séjours, notamment les camps sous tente où nous cuisinons nous-mêmes, nous vous dirons franchement si nous ne pouvons pas garantir le niveau de sécurité nécessaire.

5 Traitement médical en cours

Aucun médicament ne peut être administré sans ordonnance. Les traitements sont remis en main propre à l'assistant sanitaire le jour du départ, dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant, et conservés dans une pharmacie fermée à clé.

Médicament	Posologie	Horaires	Durée

☐ Ordonnance jointe
 ☐ L'enfant gère lui-même son traitement
 ☐ PAI joint

6 Recommandations particulières

Sommeil, énurésie, lunettes ou lentilles, appareil dentaire, régime alimentaire, mal des transports, suivi psychologique, troubles de l'attention... Rien de tout cela n'empêche un enfant de partir. Le silence, si.

RÉGIME ALIMENTAIRE

LUNETTES / LENTILLES

MAL DES TRANSPORTS

7 Médecin traitant et sécurité sociale

NOM DU MÉDECIN TRAITANT

TÉLÉPHONE

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

8 Attestation

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à signaler tout changement survenant avant le départ, et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

FAIT À

LE

SIGNATURE

Cadre réservé à l'équipe du séjour

Date	Nature du soin	Traitement administré	Intervenant