

FICHE SANITAIRE



Séjour : Dates : du au
Nom de l'enfant : Prénom :
Date de naissance : (jj/mm/aaaa) Garçon - Fille

Planète Aventures s'engage à faire l'avance des frais médicaux engagés pour votre enfant pendant le séjour. Les parents s'engagent à restituer à Planète Aventures la somme intégrale avancée dès réception des pièces médicales du dossier.

1- VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

- L'ENFANT EST-IL A JOUR DE SA VACCINATION OBLIGATOIRE ? OUI - NON

OBLIGATOIRE : Merci de nous transmettre la copie du carnet de vaccinations de votre enfant laissant apparaître son nom et son prénom. Il est impératif de nous transmettre **toutes les pages concernées par des vaccinations obligatoires**. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'ENFANT SUIVRA-T-IL UN **TRAITEMENT MÉDICAL** PENDANT LE SÉJOUR ? OUI - NON **Si oui**, joindre au départ du séjour 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, même le doliprane.

- L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? Veuillez cocher les cases correspondantes :

RUBÉOLE - VARICELLE - ANGINE - RHUMATISMES - OREILLONS - SCARLATINE - COQUELUCHE - OTITE - ROUGEOLE

- L'ENFANT A-T-IL UN P.A.I. ? OUI - NON **Si oui**, merci de le joindre au dossier.
- L'ENFANT SUIVRA-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE ? OUI - NON **Si oui**, lequel :
- L'ENFANT A-T-IL UNE ALLERGIE ALIMENTAIRE ? OUI - NON **Si oui**, laquelle :
- L'ENFANT A-T-IL UNE ALLERGIE MÉDICAMENTEUSE ? OUI - NON **Si oui**, laquelle :
- Médecin traitant : Tél :
- N° sécurité sociale : Mutuelle :

3- RECOMMANDATIONS DES PARENTS

- INCONTINENCE : OUI - NON - OCCASIONNELLE
- Indiquez les difficultés de santé (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, autre trouble du comportement*) en précisant les dates et les précautions à prendre.
.....
.....
.....
- Recommandations utiles concernant votre enfant (*lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires etc.*), précisez :
.....
.....

4- RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM ET PRÉNOM :
Adresse (pendant le séjour) :
Portable 1 : Portable 2 :

Je soussigné(e), **responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. De plus, j'atteste n'avoir omis aucune information médicale essentielle pour le bon déroulement du séjour de l'enfant.**

Date

Signature