



FICHE SANITAIRE et AUTORISATION PARENTALE

Cf. arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L227-4 du code de l'action sociale et des familles

	NOM :
	PRENOM :
	DATE DE NAISSANCE :
Numéros de téléphone pour contact en cas d'urgence :	

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant le pèlerinage. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour ou sera détruite. Elle est confidentielle.

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

Vaccins obligatoires	A jour OUI / NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates des injections
Diphtérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite Ou DT Poly Ou Tétracoq			Coqueluche	
			Autre (à préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

1) L'enfant suivra-t-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI -NON

Si oui, joindre une ordonnance récente avec le nom des médicaments et la posologie et lors du départ, le sac des médicaments correspondants, dans leur emballage d'origine avec la notice, marqués au nom de l'enfant)

ATTENTION : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		OREILLONS		ROUGEOLE			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

3) L'enfant a-t-il des allergies ?

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

Dans le cas d'allergie alimentaire, le préciser ici et indiquer la liste la plus précise des aliments interdits.

.....
.....
.....
.....

4) Indiquez ci-après les éventuelles **difficultés de santé récentes** de l'enfant (maladie, accident, crise convulsive, opération, hospitalisation....) en précisant les éventuelles précautions à prendre lors du voyage et du séjour :

.....
.....
.....

5) Autres recommandations des parents : (par exemple si port de lentilles, de prothèse, mal des transports, etc)

.....
.....

6) Régime alimentaire particulier (autre que pour des raisons médicales) :

.....
.....

AUTORISATION PARENTALE

Nom :

Adresse :

Téléphone personnel

Téléphone professionnel

N° de Sécurité sociale :

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant

.....

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autorise Mme Emeline UBERQUOI, responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Date :Signature :