

FICHE SANITAIRE COLLEGE RONSARD

SEJOUR SCOLAIRE A GUEBRIANT 5^{ème}

Cette fiche permet de recueillir des informations indispensables pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Informations COVID : prévenir le collège jusqu'au jour du départ de toutes informations susceptibles d'impacter le séjour. Le protocole sanitaire en vigueur le jour du départ sera appliqué.

Merci d'écrire lisiblement, nous devons saisir informatiquement tous les dossiers !!!

1/ ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Ville :

Taille : Pointure : Taille vêtement :

Niveau acquis en ski : débutant 1^{ère} étoile 2^{ème} étoile 3^{ème} étoile Niv.Supérieur

Régime alimentaire adapté du village vacances : avec viande sans viande (poisson)

Allergie alimentaire : oui (joindre certificat médical obligatoirement)

2/ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) Vous pouvez joindre des photocopies.

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Groupe sanguin :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre 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.

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

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Appendicite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Attention : Suite au verso de la fiche, merci !

Allergies et Asthme : JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL / PAI

ASTHME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ALIMENTAIRES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Autres (altitude...) :
---	---	--	-----------------------------------

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

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

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

4/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, etc....Précisez.

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

5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe, domicile : Bureau :

Téléphone portable :

Numéro Sécurité Sociale des parents :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (médicales, chirurgicales, hospitalisation) nécessaires en cas d'urgence. Je m'engage à rembourser le responsable du séjour l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Fait à : le :

Signature :