



## FICHE SANITAIRE 2023/2024

### 1. ENFANT

Nom: .....

Prénom: .....

Date de naissance: .....

Garçon

File

### 2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui, joindre **obligatoirement** l'ordonnance 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		SCARLATINE		OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

\* Cochez les cases correspondantes.

Autre(s) maladie(s): .....

#### L'ENFANT A-T-IL LES ALLERGIES SUIVANTES ?

Asthme : OUI  NON

Alimentaires : OUI  NON

Médicamenteuses : OUI  NON

Autres: .....

Précisez-la ou les cause(s) de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....  
.....

Votre enfant a-t-il un P.A.I : OUI

NON